

1. Başvuru Bilgileri

Başvuru Tarihi:	
Araştırmacı Unvanı / Adı Soyadı:	
Fakülte / Birim / Bölüm:	
İletişim (GSM / Dahili):	
E-posta:	

2. Araştırma Bilgileri

Araştırma Konusu / Başlığı: _____

Araştırmanın Amacı: ☐ Tez ☐ Akademik Proje ☐ Diğer (belirtiniz): _____

Araştırma Desteği: ☐ Desteksiz ☐ BAP ☐ TÜBİTAK ☐ Diğer: _____

Çalışmanın insan sağlığına zararı var mı?: ☐ Yoktur ☐ Vardır (belirtiniz): _____

3. Araştırma Bilgileri

Kullanım Günleri: ☐ Pazartesi ☐ Salı ☐ Çarşamba ☐ Perşembe ☐ Cuma

☐ Hafta Sonu

Kullanım Saatleri: ☐ 08:00–12:00 ☐ 13:00–17:00 ☐ Diğer: _____

Araştırma Süresi: _____

Laboratuvarı kullanacak kişi sayısı: _____

Başlama Tarihi: ____/____/20____ Bitiş Tarihi: ____/____/20____

4. Kullanılacak Cihazlar

- ☐ Yükleme Cihazı
- ☐ Vacuum Drying Oven
- ☐ Termal Siklus
- ☐ Stereo Mikroskop
- ☐ Silikon Karıştırma Cihazı
- ☐ Renk Ölçüm Cihazı
- ☐ Santrifüj Cihazı
- ☐ pH/Temperature Bench Meter with Digital Probe

- ☐ Parlaklık Ölçer
- ☐ Mikro Gerilim Cihazı
- ☐ Fırçalama Simülatörü
- ☐ Desk Mounted Thermostatic Shaker
- ☐ Surface Roughness Tester (Profilometre)
- ☐ LED Light Curing Meter
- ☐ Incubators
- ☐ Diğer (Belirtiniz)

5. Laboratuvar Kullanım Kuralları (Özet)

- Cihazlar ve ekipmanlar yalnızca yetkili kişiler tarafından kullanılmalıdır.
- Kullanıcı, laboratuvarda oluşabilecek hasar ve kazalardan sorumludur.
- Çalışma sırasında uygun koruyucu ekipman (eldiven, gözlük vb.) kullanılmalıdır.
- Kimyasal atıklar uygun atık kaplarına bırakılmalıdır.
- Kullanım bitiminde cihazlar kapatılmalı ve çalışma alanı temizlenmelidir.
- Mesai saatleri dışında laboratuvarda yalnız çalışılmamalıdır.
- Laboratuvar kurallarına uymayan kişilerin erişim hakları iptal edilir.
- Çalışmalarda kullanılacak sarf malzemelerin ve kimyasalların temini araştırmacıya aittir. Bu malzemelerin himayesinden araştırmacı sorumludur.
- Araştırmacılar başvuru formunda belirttikleri laboratuvar cihazı dışındaki ekipmanları kullanamaz.
- Formda belirtilecek çalışmalar haricinde devam edecek çalışmalar için Diş Hekimliği Fakültesi Dekanlığına yeniden başvuru yapılması gerekmektedir.
- Yukarıda yazılı olan şart ve kuralları okuyarak Kabul ettiğimi, tüm kurallara uyacağımı beyan ederim.

6. Onay ve İmzalar

Sorumlu Araştırmacı Araştırmacı Unvan – Ad Soya – İmza	
Ar-Ge Sorumlusu Ad Soyad	
Diş Hekimliği Fakültesi Dekanlığı Onayı	