



الرقم: .....



وزارة التعليم العالي  
جامعة الملك سعود  
أقسام العلوم والدراسات الطبية  
المختبر المركزي

## ANALYSIS REQUEST FORM Microbiology Department

Name: .....

Name of Application: .....

Department: .....

Tel: ..... Date:.....

<input checked="" type="checkbox"/>	Instrument	Sample No.	Condition
	Safety Cabinet <u>W</u> UV light		
	Bacteria Incubator		
	Alga Incubator		
	Ultra Centrifuge		
	Orbit shaker		
	Macro Cooling Centrifuge		
	Micro Cooling Centrifuge		