

作業報告書

依頼様	横小路南科クリニック様			ご承認	印
住所	大阪府豊中市板屋1-14-2			印	
TEL	06-852-1182	室名		ご依頼	様
機種型式	IC Wave		号機	運転回数	回
完了	継続	有料	無料	製番	200097
取扱業者名			ご担当者		
株IHニハウラ様			小野様		

作業日 20 16 年 6 月 21 日

保守形態	1 保守契約	2 性能点検	3 点検整備	4 点検整備	5 点検	9 対象外	(摘要)
サービス形態	1 保守期間	2 スポット	3 CM	医療機器	区分	特	非特
作業区分	00 製品販売	10 納入設置	11 現地調整	20 定期点検	30 性能検査	40 点検	50 撤去
	70 PR	72 取扱説明	73 改造	74 部品納入	75 下見	77 FC	80 アフター
							90 その他

(24時制で記入)

受付時間 月 日 時 分
 出発時間 月 日 時 分
 到着時間 月 日 時 分
 作業完了時刻 月 日 時 分

メモ

特記事項

①管理 No.	782741
②作業日	20 16 06 21
③Uコード	0668521182
④⑤機種コード	11 - 02
⑥製造 No.	100097
⑦保守・サービス形態	9-3-50
⑧故障コード	32-000-8
⑨実施SC	64
⑩技術者	47
⑪同行・応援	
⑫原因・処理	8-2-1-2

コード 交換部品・機材名称 数量 単価 金額

1	基本・据付・点検・性検・	(見積書No.)	
2	技術料	2.5H× 名× 7500円	18750
3	派遣料	名× 1000円× 35	35000
4	宿泊費	泊× 名× 円	
5	諸経費		3000
6	駐車代	7200 高速代	7200

サービスセンター	大阪	実施者	黒田
TEL	-		

部署長	入力	検印	納品書
印	印	印	印

料金内訳	
⑬A	部品代
⑭B	技術料等
⑮	
⑯	税別合計金額
⑰	消費税
ご請求金額 ¥	
納品書 No.	

ご依頼内容・現象
 エア-NO.12 トアモニタ異常が
 2ヶ月以上発生

原因

処置
 トアモニタ機内点検
 マトリクス基板配線点検
 運転動作確認

最終確認チェック

お客様への伝言

隣りの機器のコンディション

メーカー

機種

□異常なし □警報・Er

□漏れあり □異音あり

□破損あり □劣化あり

部位

□別紙添付