

御施設名 花都市デンタルクリニック様		依頼日時	年 月 日 時 分																																																	
部署		作業開始日時	2020年 5月 19日 13時 00分																																																	
所属		作業終了日時	2020年 5月 19日 14時 40分																																																	
メーカー名 IHI		作業時間	時間 分																																																	
品 名 オートブレーブ		作業区分	1. 保証内 2. 保証外 3. 保契中 4. 他																																																	
機種		ディーラー名	(株)ムトウ																																																	
シリアルNo.		作業者名	澁谷																																																	
依頼内容 / 訪問目的 代替機入れ替え (WAC-580 → IHI)		処置内容 ・旧代替機(WAC-580)引き下げ ・新代替機(IHI)設置、試運転 バネムラスト P1 2.03, -80.86kpa P2 — -80.31kpa P3 — -80.17kpa デンタルモード																																																		
原因 /																																																				
<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>部品コード</th> <th>品 名</th> <th>数 量</th> <th>単 価</th> <th>小 計</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>2</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>3</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>4</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>5</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>6</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>7</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>						部品コード	品 名	数 量	単 価	小 計	1						2						3						4						5						6						7					
	部品コード	品 名	数 量	単 価	小 計																																															
1																																																				
2																																																				
3																																																				
4																																																				
5																																																				
6																																																				
7																																																				
1. 有 償 2. 無 償		部 品 料 計																																																		
特記		技 術 料																																																		
		出 張 料																																																		
		合 計 ※																																																		
		お 客 様																																																		
		確認署名 川口 祐																																																		

A

※合計金額に消費税は含まれておりません。

責任技術者