

D 作業報告書

依頼先	三上歯科医院		様	ご承認印
住所	所沢市旭町22-18			
TEL	04-2992-2661	室名		ご依頼
機種型式	IC Clare		号機	運転回数
完了	継続	有料	無料	製番
取扱業者名	(株)IHIAフリテック		様	ご担当者
				安田 様

ご依頼内容・現象

代替器の不具合による入れ替え

原因

処置

御依頼内容による作業一式

最終確認チェック ☐ 漏れ ☐ 行程異常 ☐ 異音・異臭 ☐ 安全装置動作 ☐ 絶縁 ☐ プログラム設定 ☐ 試運転 ☐ 最終検査終了

お客様への伝言	隣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
☐ 別紙添付		あり なし
部位		

作業日 20 18 年 11 月 10 日

保守	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	(摘要)
サービス形態	1 保守期間	2 3 年	3 CM	医療機器	3	区分	特 非 特 管 管
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 37 搬去移設
	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

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.)	8,000
2	技術料	1 H × 1 名 × 8,000 円	8,000
3	派遣料	30 K × 1 名 × 100 円	3,000
4	宿泊費	泊 × 名 × 円	
5	諸経費		
6			

サインセンター	首都圏 C	実施者	星 住
TEL	- -		

メモ

待記事項

①管理 No. 794232

②作業日 20 18 01 10

③Uコード 0429922661

④⑤機種コード 11 - 23

⑥製造 No.

⑦保守・サービス形態 9-2-50

⑧故障コード 32-999-9

⑨実施SC 79

⑩技術者 43

⑪同行・応援

⑫原因・処理 9-9-1-2

料金内訳	
⑬ A	部品代 0
⑭ B	技術料等 500
⑮	11,000
⑯	
⑰	
⑱	
⑲	
⑳	
㉑	
㉒	
㉓	
㉔	
㉕	
㉖	
㉗	
㉘	
㉙	
㉚	
㉛	
㉜	
㉝	
㉞	
㉟	
㊱	
㊲	
㊳	
㊴	
㊵	
㊶	
㊷	
㊸	
㊹	
㊺	
㊻	
㊼	
㊽	
㊾	
㊿	

ご請求金額 ¥ 11,880

納品書 No. 8667