

U 作 業 報 告 書

依頼者 たかた歯科・矯正歯科クリニック様	ご承認印	
住所 埼玉県前橋市下台3-2-2		
TEL 028-501-6483	署名	依頼
機種 型式 BC-17	号機	運転回数
元	継続	有料 無料 製番
取扱業者名 (株)エムシーサービス様		ご担当者 野田 様

ご依頼内容・現象

BC-17 修理完了品入れ替作業

原因

処置

修理完了品 搬入設置

代替品 搬出撤去

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・Dr ☐ 漏れあり ☐ 異音あり ☐ 破損あり ☐ 劣化あり
☐ 別紙添付 ☒ あり ☐ なし	

作業日 20 18 年 3 月 7 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 保守内容	3 CM	医療機器	区分	特 非	特 非
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 ソール
	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.)
2	技術料	1 H × 1 名 × 7500 円 8000 7500
3	派遣料	25k × 1 名 × 100 円 2500
4	宿泊費	泊 × 名 × 円
5	諸経費	
6		

サービスセンター	TEL 026-273-0720	実施者 野田	部署長	検印 30.3.-8	入力 小林	納品書 久保
----------	------------------	--------	-----	------------	-------	--------

①管理 No. 798535

②作業日 20 18 03 07

③Uコード 0485016483

④⑤機種コード 11 - 01

⑥製造 No.

⑦保守・サービス形態 9 - 2 - 50

⑧故障コード 99 - 999 - 9

⑨実施SC 84

⑩技術者 30

⑪同行・必援

⑫原因・処理 9 - 9 - 7 - 2

料 金 内 訳	
⑬ A	部品代 0
⑭ B	技術料等 10,500
⑮	
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 ¥ 11340

納品書 No. 10390