

<< 客先対応報告書 >>

案件No. 19104
電話受付:
現地対応: MC埼玉中村様 IATN会
送り状番号:

【症状・エラーコード】

メンテナンス依頼

【運転情報】
 運転回数: (1112) 回 ※前回メンテからの運転回数
 保守点検: ☒ 有 ☐ 無 ☐ 販売店確認
 修理方法: ☐ 有償 ☐ 無償 ☐ 販売店確認
 備考: () ※ 消耗品の使用回数など

【設置場所】

☐ 作業台上 ☒ シンク下

☐ その他()

【現地対応者コメント・所感】

※ 温水ホースつながっているが、温度が高すぎる為水のみの設定。

※ 設定「ハンドピースタンク使用」

※ 設置場所奥行きがある為、機器背面に発泡スチロールブロック使用。

医療機器の貸出に関する確認書

2019年 12月 26日
返却確認日 年 月 日

貸出元 株式会社IHアグリテック
所在地 岡山県岡山市東区西大寺新地170-6
TEL:086-944-6528
FAX:086-942-9030

貸出先 所在地 〒
電話番号
管理責任者 氏名

〒362-8688
埼玉県上尾市柏座1丁目10番10号
医療法人 上尾中央総合病院
社団法人 友会
電話 048(773)1111代
印

(必ずお願いします)

貸出目的

☐デモ
☐研修

☐臨床試用(有効性・安全性・操作性等の確認)
☐研究目的・公益的研究活動

☐緊急時・災害時対応
☐納期遅延対応

☐事故・故障対応
☒その他(X-CT)

品名・メーカー名・規格型式	数量	使用者名/設置場所	期間	症例数
Ic Washer (代替機番号: 100079)	/	上尾中央総合病院 歯科口腔外科様	2019. 12. 26 ~	X

●貸出期間中の費用負担:

- 1.当該医療機器の設置:
- 2.当該医療機器の撤去:
- 3.貸出期間中の保守・修理:
- 4.貸出期間中の消耗品:
- 5.その他の費用:

●貸出期間が満了した当該医療機器は、速やかに貸出元に返却する。

お取引先商店名:

ご担当者名:

・必要事項をご記入いただき、FAXにてご返信ください。確認書が到着後、弊社貸出予約受付完了となります。貸出品の在庫状況により商品の発送に時間を頂く場合がございますので、ご了承ください。
・先にFAXなどで貸出依頼、ご予約をされた場合につきましては、「医療機器の貸出に関する確認書」を、貸出機に同梱いたしますので、必要事項をご記入いただき、貸出機器の返却と一緒にご送付いただいても結構です。
・貸出機器の発送先はご要望があれば余白や別紙にて発送先をご指示頂ければ、ご対応いたします。ご要望が無い場合は、お取引店様へ発送させていただきます。