

<< 客先対応報告書 >>

【発生日】	2019年12月2日	【対応日】	2019年12月19日
【連絡元】	<input type="checkbox"/> モリタ(担当者:)	<input type="checkbox"/> ディーラー(担当者:)	
	<input type="checkbox"/> ユーザー	<input type="checkbox"/> その他()	
【所在地&ユーザー名】	千葉県 中村歯科医院		

案件No. 19163

電話受付: _____

現地対応: Mc千葉様・IA田中様

送り状番号: 288-3875-4492

【機種】	IC Washer ・ <u>IC Clave</u> ・ WD-150 ・ BC-17 (機番: 100091)
------	---

【症状・エラーコード】	メンテナンス依頼
-------------	----------

【対応方法】	<input checked="" type="checkbox"/> 預かり修理 (代替機No. 100124) <input type="checkbox"/> 現地対応 対応内容: <input type="checkbox"/> 部品交換() <input type="checkbox"/> その他 ()
--------	---

【運転情報】	運転回数: (1520)回 ※前回メンテからの運転回数 保守点検: <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 販売店確認 修理方法: <input type="checkbox"/> 有償 <input type="checkbox"/> 無償 <input type="checkbox"/> 販売店確認 備考: () <div style="text-align: right;">※ 消耗品の使用回数など</div>
--------	---

【給水方法】	<table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <ICW・WD> <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 水&温水 </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <ICC・BC> <input type="checkbox"/> 生成器 (アイオニー・) <input type="checkbox"/> 精製水購入 </td> </tr> </table>	<ICW・WD> <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 水&温水	<ICC・BC> <input type="checkbox"/> 生成器 (アイオニー・) <input type="checkbox"/> 精製水購入
<ICW・WD> <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 水&温水	<ICC・BC> <input type="checkbox"/> 生成器 (アイオニー・) <input type="checkbox"/> 精製水購入		
【ラック・バスケット種類】	<table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <ICW・WD> <input type="checkbox"/> 標準ラック <input type="checkbox"/> ハンドピースラック <止水プラグ使用> <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <SUSフィルター洗浄> <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <ICC・BC> <input checked="" type="checkbox"/> トレー棚 <input type="checkbox"/> 網バスケット </td> </tr> </table>	<ICW・WD> <input type="checkbox"/> 標準ラック <input type="checkbox"/> ハンドピースラック <止水プラグ使用> <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <SUSフィルター洗浄> <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<ICC・BC> <input checked="" type="checkbox"/> トレー棚 <input type="checkbox"/> 網バスケット
<ICW・WD> <input type="checkbox"/> 標準ラック <input type="checkbox"/> ハンドピースラック <止水プラグ使用> <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <SUSフィルター洗浄> <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<ICC・BC> <input checked="" type="checkbox"/> トレー棚 <input type="checkbox"/> 網バスケット		
【滅菌バッグ(ICC・BC対応時のみ)】	<input type="checkbox"/> 単回使用 <input type="checkbox"/> 複数回使用		
【ハンドピースの滅菌(ICC・BC対応時のみ)】	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		

【設置場所】	<input checked="" type="checkbox"/> 作業台上 <input type="checkbox"/> シンク下 <input type="checkbox"/> その他()
【現地対応者コメント・所感】	

医療機器の貸出に関する確認書

2019年12月19日

〒299-0257 千葉県袖ヶ浦市神納1-5-5 日

TEL 0438-62-4849

貸出元 株式会社IHIA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 〒 医療法人社団 夢仁会
電話番号 中村歯科医院
管理責任者 中村武
氏名 印 (必ずお願ひします)

貸出目的

- デモ 臨床試用(有効性・安全性、操作性等の確認) 緊急時・災害時対応 事故・故障対応
 研修 研究目的・公益的研究活動 納期遅延対応 その他(メンテナンス)

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
クラスBオートクレーブ Icclave (代替機番号: 100124)	/	中村歯科医院様	2019.12.19 ~	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。