

D 作業報告書

お得意様 加田 歯科医院 様	ご承認 印
住所 神奈川県藤沢市高倉645	
TEL 0466-44-0020	室名
機種 型式 BC-17	号機 運転回数
完了	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 廣瀬 様

ご依頼内容・現象

・ 卓上型オートフレブ入れ替え補助作業

原因

処置

・ 卓上型オートフレブ入れ替え補助作業一式

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

隣り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

部位

☐ 別紙添付 ☐ あり ☐ なし

作業日 20 16 年 4 月 18 日

保守 形態	1 保守 契約	2 性能 整備	3 性能 点検	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 ポスト	3 CM	医療 機器		区分	特 非 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 コー 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	H× 1 名× 7,500円	7,500
3	派遣料	1 名× 100 円× 172km	17,200
4	宿泊費	泊× 名× 円	
5	諸経費		
6	有材料		4,630

サービス 担当者 千葉 SC	実施 者 佐藤
TEL	

部署長	入力	検印	納品書
	小	佐藤	久保

①管理 No.	776739
②作業日	20 16 04 18
③Uコード	0466440020
④⑤機種コード	11 - 09
⑥製造 No.	
⑦保守・サービス形態 作業区分	9 - 2 - 90
⑧故障コード	
⑨実施SC	80
⑩技術者	29
⑪同行・応援	
⑫原因・処理	9 - 9 - 1 - 2

料 金 内 訳

⑬ A

部品代

A

⑭ B

技術料等

29,330

⑮

⑯

税別合計金額

29,330

B

消費税

2,346

ご請求金額 ¥

31,676

納品書 No.

551

エムシーサービス株式会社 〒387-0013長野県千曲市小島3171-5

TEL 026-273-0720 FAX 026-273-4074 お問い合わせは右上の管理No.にてお願いします。

D 実施者→経理→請求