

<<客先対応報告書>>

案件No. 19233
電話受付:
現地対応: 廣瀬, 小沼,
送り状番号: 278-9268-80

【症状・エラーコード】

メンテナンス依頼。＊：運転中にドアハンドルが傾く

【運転情報】
 運転回数：(879)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】
 ICW Xにて依頼 ~~済~~ につき入替。
 現地にて ICC も Xにて依頼した ~~ため~~ のことにより、
 ICC も入替。

医療機器の貸出に関する確認書

2020年 1月 21日
返却確認日 年 月 日

貸出元 株式会社IHI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 医療法人社団 曉 倭 会
所在地 〒242-0001 神奈川県大和市下鶴間2777-5-6
電話番号 コンフォール鶴間1F
管理責任者 TEL 046-278-4618
氏名 理事長 加藤 陽一 印
(必ずお願いします)

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 (代替機番号: Isclave 100199)	1	たいよう歯科クリニック様	2020.1.21 ~	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。