

医療機器の貸出に関する確認書

医療法 返却確認書 2021年 2月 3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 MAデンタルクリニック
所在地 〒238-0013 神奈川県横浜須賀平町2-10-2
電話番号 平成町ビル1階
管理責任者 TEL 046-884-8123 FAX 046-884-8176
氏名

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

院長 渥美美穂氏 (必ずお願いします)
☒事故・故障対応
☐その他()

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
WD-150 (代替機番号: 1406 0077)	/	MAデンタルクリニック様	2021.2.3 ~	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。

<< 客先対応報告書 >>

【発生日】	2021 年 2 月 / 日	【対応日】	2021 年 2 月 3 日
【連絡元】	☐ モリタ(担当者:) ☐ ディーラー(担当者:) ☐ ユーザー ☐ その他()		
【所在地&ユーザー名】	神奈川県 MA デジタル クリマック		

案件No. _____
 電話受付: _____
 現地対応: エム・エス・エス 神奈川営業所 小川
 送り状番号: _____

【機種】
 IC Washer ・ IC Clave ・ WD-150 ・ BC-17
 (機番: 13100039)

【症状・エラーコード】
 循環水圧低下

【対応方法】
☒ 預かり修理 (代替機No. 14060077)
☐ 現地対応
 対応内容: ☐ 部品交換()
 ☐ その他 ()

【運転情報】
 運転回数: (476) 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

【給水方法】
 <ICW・WD>
☒ 水
☐ 水&温水
 <ICC・BC>
☐ 生成器
 (アイオニー・)
☐ 精製水購入

【ラック・バスケット種類】
 <ICW・WD>
☒ 標準ラック
☐ ハンドピースラック
 <止水プラグ使用>
 ☐ 有 ☐ 無
 <SUSフィルター洗浄>
 ☐ 有 ☐ 無

【滅菌バッグ(ICC・BC対応時のみ)】
☐ 単回使用 ☐ 複数回使用

【ハンドピースの滅菌(ICC・BC対応時のみ)】
☐ 有 ☐ 無

【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】
 ・循環水圧が動作せず