

D 作業報告書

得意様	松本デンタルクリニック様			ご承認印
住所	静岡県沼津市米山町2-3			大田
TEL	055-943-7350	室名		依頼
機種形式	IC Washer	号機		回
完了	継続	有料	無料	製番
取扱業者名		ご担当者		
(株)IHIシバウ(岡山県)様		中澤様		

ご依頼内容・現象

・折損状況の調査

・ハンドピースホルダ(折損品)の交換

原因

処置

対策改良品に交換

(1-1H用 1/4リットル有)

ハンドピースホルダ50交換

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
☐ 別紙添付 ☒ あり ☐ なし	

作業日 20 16 年 09 月 20 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 スポット	3 CM	医療機器		区分	特 非 管 時 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 ゴール
	70 PR	72 取扱説明	73 改造	74 部品納入	75 下見	77 PC	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 9 月 20 日 13 時 30 分

作業完了時刻 9 月 20 日 14 時 30 分

コード	交換部品・機材名称	数量	単価	金額
	ハンドピースホルダ	5		0
	(支給品)			

1	基本・据付・点検・性能・	(見積書No.)	
2	技術料	1 H × 1 名 × 7500 円	7500
3	派遣料	106km × 100 名 × 円	10600
4	宿泊費	泊 × 名 × 円	
5	諸経費		3000
6			

サービスセンター

TEL - -

実施者 河野

メモ

特記事項

①管理 No. 789931

②作業日 20 16 09 20

③Uコード 0559437350

④⑤機種コード 11 - 09

⑥製造 No. 100102

⑦保守・サービス形態 9-2-90

⑧故障コード 00 - -

⑨実施SC 62

⑩技術者 79

⑪同行・応援 - , - , -

⑫原因・処理 - - - 2

料 金 内 訳

⑬ A

部品代 0

⑭ B

技術料等 21100

⑮

⑯

税別合計金額 21100

⑰

消費税 1688

ご請求金額 ¥ 22788

納品書 No. 5424