

《不具合対応報告書》

担当者: 原下

【発生日】 2018年10月15日

【対応日】 2018年10月16日

【連絡元】 ☒モリタ(担当者: 落合)

☐ユーザー

☐その他()

【ユーザー名&県名】

茅渚歯科医院 / 静岡

IC Washer【機番: 】

IC Clave【機番: 100166 】

【症状】

【症状】

・I7-28 本体セーター高温異常

【対応方法】☐引取り修理(代替機no.)

☐現地対応

《対応内容》 ☐部品交換()
☐その他()

【対応方法】☒引取り修理(代替機no. 89)

☐現地対応

《対応内容》 ☐部品交換()
☐その他()

【給水方法】☐水

☐水&お湯

【給水方法】☒アイオニー使用

☐精製水購入

☐その他()

【ラック種類】☐標準ラック

☐ハンドピース用ラック

《メクラ栓の使用》 ☐有 ☐無

《SUSフィルターの洗浄》 ☐有 ☐無

【滅菌バッグ】☐ディスポ

☐リユース

【網の種類】☒トレー棚

☐網バスケット

【備考】

【ハンドピースの滅菌】 ☐有 ☐無

【設置場所】 作業台の上

【備考】

医療機器の貸出に関する確認書

2018年10月16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
所在地 〒
電話番号
管理責任者
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

☒事故・故障対応 (必ずお願いします)
☐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
ic clare (型番H-39)	1	芥澤歯科医院		

●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。