

D 作業報告書

登録 住所 TEL 機種 型式	ケトン歯科クリニック 愛知県稲沢市 0587-33-2100 Ic c/ave	様	ご承認印
室名 運転回数	室名 運転回数	様	回
継続 有料 無料 製番	継続 有料 無料 製番	様	100150
取扱業者名 (株)エムシーサービス	ご担当者	様	

ご依頼内容・現象 y-カ機同作
原因
処置 ・故障機 張上げ ・代品設置

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	牌の機器のコンディション メーカー 機種 ☐ 異常なし ☐ 警報・Rr ☐ 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 18 年 1 月 29 日

保守形態	1 保守契約 2 点検 3 点検 4 点検 5 点検 9 点検 (摘要)
サービス形態	1 保守期間 2 ストップ 3 CM 医療機器 区分 特 非特
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 点検 60 撤去移設 70 PR 72 取扱説明 73 改造 74 部品納入 75 下見 77 IC 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・振付・点検・性検・	(見積書No)	
2	技術料	1 H× / 名× 8000 円	8000
3	派遣料	120k × 1 名× 100 円	2000
4	宿泊費	泊× 名× 円	
5	諸経費		
6			

サインセンタ	TEL - -	実施者	野田	部署長	検印	入力	納品書

メモ
X-カ機承認済初着
ヤン無シ

待記事項

①管理 No. 795489 ✓

②作業日 20 18 01 29

③Uコード 0587332100

④⑤機種コード 11 - 73

⑥製造 No.

⑦保守・サービス形態 9 - 2 - 30

⑧故障コード 99 - 999 - 9

⑨実施SC 63

⑩技術者 65

⑪同行・応援

⑫原因・処理 9 - 9 - 1 - 2

料金内訳	
⑬A	部品代
⑭B	技術料等 10000
⑮	
⑯	税別合計金額 10000
⑰	消費税 800
ご請求金額 ¥ 10800	
納品書 No. 9342	