

D 作業報告書

依頼者	グリーン歯科クリニック 様				ご承認印
住所	愛知県稲沢市				
TEL	0587-33-2100	署名		ご依頼	様
機種型式	IC clace		号機	運転回数	回
完了	継続	有料	無料	製番	100150
取扱業者名	(株)エムシーサービス 様		ご担当者	様	

ご依頼内容・現象
Y-カ-標同作当
原因
処置
・修理完了 新品

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	隣の機種のコンディション
	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 19 年 4 月 16 日

保守形態	1 保守契約	2 性能点検	3 点検	4 点検	5 点検	9 対象 (摘要✓)
サービス形態	1 保守期間	2 ストック	3 CM	医療機器	区分	特 許 費
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
	70 PR	72 取扱説明	73 改造	74 部品納入	75 下見	77 FC
					50 ユニ	60 撤去後
					80 アフター	90 その他

(24時間制で記入)

受付時間	月	日	時	分
出発時間	月	日	時	分
到着時間	月	日	時	分
作業完了時間	月	日	時	分

コード 交換部品・機材名称 数量 単価 金額

1	基本・据付・点検・性検・	(見積書No.)	
2	技術料	/ H× / 名×8000 円	8000
3	派遣料	往20 X / 名×100 円	2000
4	宿泊費	泊× 名× 円	
5	諸経費	なし	
6			

サインセン	TEL - -	実施者	野口
-------	---------	-----	----

部署長	検印	入力	納品書
長谷川	30.47 原	久保	小林

メモ
X-カ-標3台修理完了
9/15金

特記事項

①管理No.	804893
②作業日	20 19 04 16
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 - 20
⑧故障コード	97 - 999 - 9
⑨実施SC	67
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	機別合計金額	10000
---	--------	-------

⑰	消費税	800
---	-----	-----

ご請求金額 ¥	10800
---------	-------

納品書No.	685
--------	-----