

# B 作業報告書

|      |                 |    |      |          |        |
|------|-----------------|----|------|----------|--------|
| お得意様 | にいい歯科クリニック 様    |    |      |          | ご承認印   |
| 住所   | 伊勢市小段町341-237   |    |      |          | 西井     |
| TEL  | 0596-72-8800 室名 |    |      |          |        |
| 機種名  | 卓上型ホトスブ         |    | メーカー | IHIAグティツ |        |
| 型式   | JC Clave (号機)   |    | 製番   | 100226   |        |
| 完了   | 継続              | 有料 | 無料   | 運転回数     | 1106 回 |

ご依頼内容・現象  
 ・点検機搬出、代替機搬入設置  
 (ISM No. 7号) 依頼者 様

原因

処置  
☐ 部品交換 (右記部品一覧を参照して下さい)  
☐ 各部増締め ☐ 分解・再セットアップ ☐ 各部清掃  
☐ グリスアップ ☐ 動作確認 ☐ 設定・プログラムの確認  
☐ 点検表に基づく点検整備 (別紙点検表を参照して下さい)  
☐ 性能検査立ち会い ☒ 試運転 ☐ 最終検査終了・異常なし

お客様への伝言  
 ISM No. 7 1459回

作業日 20 19 年 6 月 9 日

|        |         |         |         |         |         |              |
|--------|---------|---------|---------|---------|---------|--------------|
| 保守形態   | 1 保守契約  | 2 点検整備  | 3 点検整備  | 4 点検整備  | 5 点検整備  | 19 点検外 (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        |
|        | 70 PR   | 72 取扱説明 | 73 改造   | 74 部品納入 | 75 下見   | 77 FC        |
|        |         |         |         |         |         | 80 アフター      |
|        |         |         |         |         |         | 90 その他       |

受付 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・据付・点検・性検・ | (見積書No. ) |  |
| 2 | 技術料          | H × 名 × 円 |  |
| 3 | 派遣料          | 名 × 円     |  |
| 4 | 宿泊費          | 泊 × 名 × 円 |  |
| 5 | 諸経費          |           |  |
| 6 |              |           |  |

|          |      |     |    |
|----------|------|-----|----|
| サービスセンター | 石原SC | 実施者 | 小橋 |
| TEL      |      |     |    |

取扱業者 (請求先)  
 IHIAグティツ  
 (支店名)  
 (ご担当者)  
 (注文No.)

医療機器の修理・点検 (医療機器修理業許可取得)・販売  
**エムシーサービス株式会社**  
 〒387-0013 長野県千曲市小島3171-5  
 TEL 0269-273-0720 FAX 026-273-4074  
 洗浄・滅菌業務委託・医療機器等洗浄・滅菌テスト  
**滅菌センター**  
 〒386-0002 長野県上田市住吉280-8  
 TEL 0268-27-2230 FAX 0268-27-2250  
 福祉用具レンタル・販売・住宅リフォーム  
**メディカルケア株式会社**  
 〒387-0013 長野県千曲市小島3172  
 TEL 026-273-4115 FAX 026-273-4116

管理No. 817566  
 左記作業をおこないましたので、ご検収下さい。  
 なお、不明な点がございましたら、上欄の管理No.にてお問い合わせ下さい。

料金内訳

13 A  
 部品代  
 14 B  
 技術料等  
 15

16  
 税別合計金額  
 消費税

ご請求金額 ¥

納品書No.

|       |    |    |     |
|-------|----|----|-----|
| 責任技術者 | 検印 | 入力 | 納品書 |
|       |    |    |     |