

点検・修理報告書

管理 No. 210xxx
発行日： 2021年10月29日

クラスBオートクレーブ IC Clave	
作業年月日	2021年10月21日 作業時間： 8 Hr
顧客名	マス歯科医院 様 TEL：
所在地	京都府京都市上京区芝薬師町623 ご担当 様
販売店	ご担当 様
納入年月日	2018 年 9 月 18 日 保証期間 内 <input type="checkbox"/> 外 <input type="checkbox"/> 付属品
作業区分	保守点検 <input type="checkbox"/> 総合点検 <input type="checkbox"/> 年 回目 定期点検シール記入 <input type="checkbox"/>
出張・引取	修 理 <input checked="" type="checkbox"/> 点検のみ <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 修理表示貼付 <input type="checkbox"/>

装置情報	製造番号： 100361	運転回数： 3136回
------	--------------	-------------

不具合状況、依頼内容、異常履歴

1. エラー12 ドアセンサー異常が発生した。
2. エラー16 蒸気注入異常が発生した。

原因

1. 圧力センサーに水が侵入したために、検知圧力にずれが生じ、エラー12が発生したと考えられます。
2. 蒸気弁の作動不良のために、蒸気が注入できず、エラー16が発生したと考えられます。

処置、作業内容

1. 圧力センサーを交換いたしました。
2. 蒸気弁を交換いたしました。

特記事項

・回水弁、ドアパッキンを交換しました。
・アジャスターが破損しておりましたので、交換しました。

	交換部品名称	部品コード	数量	単価	小計
1	圧力センサー		1		
2	回水弁		1		
3	ドアパッキン		1		
4	アジャスター		1		
5					
6					
7					

<input checked="" type="radio"/> 1. 有償 <input type="radio"/> 2. 無償		部品代 合計	
		技 術 料	
		出 張 料	
		合 計	

お客様ご確認署名欄 年 月 日

・内容をよくご確認の上、ご署名頂きますようお願い申し上げます。
・本点検によって知り得た個人情報は、他の目的では使用いたしません。

ご署名 柳 佳美 印

修理業者 株式会社 I H I 物流産業システム
岡山県岡山市東区西大寺新地170-6
TEL:086-944-6528
FAX:086-942-9030

品証	責任技術者	作業者