

メンテナンス及び点検実施伝票

医院名フリガナ						院長名フリガナ															
医院名						院長名															
〒						住所															
電話番号						FAX															
設置日						年		月		日		タイプ		台数		営業担当					
保守契約						年		月		日		メンテナンス内容									
メンテナンス受付								年				月				日（ ）					
ご指定訪問日								年				月				日（ ）					
ご指定時刻								時				分		～		時				分	
メンテナンス部品料金																					
使用部品						数量		単価		金額											
プレフィルタ－								28,000													
(注) タイププレフィルタ－								28,000													
フードLタイプ								14,000													
フードS								3,500													
フットスイッチ								12,000													
本体 手元スイッチ								7,500													
置型電動弁 (Zタイプ)								118,000													
床下電動弁 (Sタイプ)								98,000													
天井電動弁 (Rタイプ)								118,000													
510タイプジャバラホース								13,000													
ホースバンド								1,400													
支え棒								4,000													
リンクアーム (穴アリ)								13,000													
リンクアーム (穴ナシ)								10,000													
回転部調整ネジ (オス・メス)								7,500													
屈折アーム A・B各々								24,000													
屈折アーム軸								1,500													
ローレットナット								1,500													
ホースクリップ (大・小)								1,500													
フード取付管								6,000													
引張バネ								12,000													
メンテナンス作業費一式								30,000													
交通費																					
合計金額 ￥ (消費税別途) 本票については当社代理店歯科商社よりご請求が上がります。																					
歯科商社名																					
医院名																					
住所																					
電話番号																					
印																					
診療時間																					
休診日																					
点検担当者						営業担当		請求処理		経理処理		発行日						受付者		データ入力	