



エリクエンス製品修理点検依頼書

■ご利用先等について

見積・請求先【.....】 営業所【.....】 担当者【.....】
利用施設【.....】 診療科目【.....】 担当名【.....】
使用機種【.....】 シリアル番号【.....】

■ご希望内容について

- ・今回のご依頼について 修理 保守点検
- 基本点検検査費用(税抜)：サージマックス ¥60,000 フットスイッチ ¥12,000
- ・代替機は必要ですか？ 不要 要 (お届け先：見積・請求先 病院
その他の送り先【.....】)

代替機費用(税抜) : サージマックス ¥36,000 / フットスイッチ ¥6,000

お貸出し期間：1週間(修理の場合はお見積後の1週間)まで。期間延長については1週間単位同額追加。)

※ 修理ご依頼時の注意事項 (ご依頼にあたり、予め以下の事項についてご了承いただくものとします。)

- ◆修理及び保守点検ともに基本点検検査費用が必要です。◆お見積発行後に有償修理をキャンセルされた場合にも基本点検検査費用及び代替機費用が発生いたします。(代替費用は発送時点にてご請求対象となります)
- ◆お貸出期間は修理お見積りをご提出させていただいてから1週間となり、お貸出期間の延長につきましては1週間延長ごとに前記代替費用と同額の追加費用が必要となります。◆ご依頼当初は保守点検であったため代替機が不要であっても、検査において点検結果が不適合となりますと修理扱いとなり、お預かり期間が増すことがございます。この時点で代替機が入り用となった際の費用ならびに、お貸出期間につきましても前記同様となります。【注意】なお、代替機の発送につきましては、下記へご担当者様のサイン、および「同意する」にチェックの上、本書類ご返信確認後の発送とさせていただきますのでご了承くださいませ。

＜修理ご依頼時の注意事項＞に同意しました

ご担当者様署名 : 【.....】

ご署名の無い申込は
お受け出来ませんの
でご注意ください。

■不具合症状と発生時の環境について (保守点検ご依頼の場合、以下項目のご記入は不要です。)

- ① 患者様について： 被害なし 被害があった(状態：.....)
- ② オペについて： 継続できた 中断した
- ③ 不具合内容： (発生日.....月.....日 /時刻..... :)
 - 電源が入らない 出力しない 出力が弱い 出力が強すぎる 通電音が鳴らない
 - エラーコードが表示されている(エラーNo.)
 - その他(.....)
- ④ 不具合発生時のモード： モノポーラ：CUT CUT&COAG HEMO
バイポーラ：BIPOLAR HEMO BIPOLAR TURBO
- ⑤ 不具合発生時の出力：出力設定に関係なく発生
特定出力設定でのみ発生(設定..... ~程度)
- ⑥ 不具合発生時の症例 (ケーブル類、電極は修理の際、本体とセットにてご同送下さい)
症例：.....
ご利用アクセサリ：..... ご利用電極：.....
※アクセサリのみ不具合についてはエリクエンス社へお問い合わせください。
- ⑦ 不具合発生のタイミング 利用開始直後 利用途中(開始後約.....分後)
- ⑧ 不具合発生の頻度 毎回 たまに 1度のみ その他：.....
- ⑨ 通電(出力)時間と通電休止時間：
施術開始から約.....分後において、通電時間が約.....秒、通電休止時間が約.....秒

修理ご依頼品のご送付先： シーンズテック(エリクエンス修理センター)宛

〒536-0013 大阪府大阪市城東区鳴野東 2-15-3-D