

ใบรายงานการตรวจรับเครื่องมือแพทย์

เลขที่ใบสั่งจ้าง.....  
วันที่ตรวจรับ...../...../.....  
Code:.....  
แผนกผู้ใช้เครื่อง.....

รายละเอียดเครื่องมือที่สั่งซื้อ

ชื่อเครื่องมือตาม UMDNS.....

ชื่อเครื่อง:..... ยี่ห้อ.....Mindray..... ชื่อรุ่น/หมายเลขรุ่น.....

หมายเลขเครื่อง..... ผู้ผลิต..... ราคา.....

ผู้จำหน่าย ..... เบอร์โทรติดต่อ..... เบอร์โทรผู้แทนฝ่ายขาย.....

เบอร์โทรผู้ชำนาญผลิตภัณฑ์..... เบอร์โทรช่างบริการ..... เบอร์โทรช่างบริการ 24 ชั่วโมง.....

รายละเอียดการตรวจเช็ค

ลำดับ	รายละเอียดการดำเนินการ	ผ่าน	ไม่ผ่าน	หมายเหตุ
1	รายละเอียดคุณสมบัติเฉพาะของเครื่องมือหรืออุปกรณ์(Specเครื่อง)			
2	ใบ Certificate/Inspection/QC จากโรงงานเจ้าของเครื่องมือ			
3	ใบ Certificate ของช่างที่ดูแลเครื่องมือ			
4	ตารางเวลาเข้าทำ Cal&PM จนครบระยะประกัน			
5	หนังสือรับรอง อย.& FDA			
6	รูปภาพเครื่องและชิ้นส่วนต่างๆของเครื่อง(พร้อม Sticker PM/Cal)			
7	Quick Guide( คู่มือการใช้งานภาษาไทยอย่างง่าย)			
8	User Manual ภาษาไทย/ภาษาอังกฤษ (ต้องมีทั้ง 2 ภาษา)			
9	Service Manual			
10	Installation Manual			
11	ใบรับประกันสินค้า (ถ้ามี)			
12	ความสมบูรณ์ของเครื่อง			
13	ปลั๊ก สายไฟ AC			
14	ทดสอบฟังก์ชันการทำงาน			
15	ทดสอบคุณสมบัติเฉพาะของเครื่อง			
16	ทดสอบระบบ Ground ( $\leq 0.5 \Omega$ )			
17	ทดสอบกระแสไฟฟ้ารั่วไหล ( $\leq 100\text{mA}$ )/ตามคุณสมบัติที่ระบุ			
18	อุปกรณ์แถมอื่นๆตามข้อตกลงซื้อ/ขาย			
19	นามบัตรผู้แทนขาย/ผู้ชำนาญผลิตภัณฑ์/ช่างบริการ			
20	ใบรายงานจำนวนคนเข้าอบรม/ผ่านการอบรม			

ช่างที่ได้รับการ Tranning จากบริษัทตัวแทนจำหน่าย1..... 2..... 3.....

กรณีที่การตรวจรับเครื่องมือไม่ผ่านบริษัทตัวแทนจำหน่ายจะจัดส่งมอบอีกครั้งในวันที่.....

บันทึกอื่นๆ.....

.....

① ผู้ส่งเครื่อง น.ส. ลลิตภัทร คำภักดี ( ..... ) ตัวแทนบริษัทผู้จำหน่าย	② ผู้ตรวจรับเครื่อง ..... ( ..... ) ช่างเครื่องมือแพทย์	③ ผู้ตรวจสอบ ..... ( ..... ) เจ้าหน้าที่พัสดุ	④ ผู้รับเครื่อง ..... ( ..... ) หัวหน้าแผนกเจ้าของเครื่อง
--	---	---	---