**医疗设备服务记录**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 服务科室 | |  | | 设备名称 | | |  | |
| 规格型号 | | |  | |
| 机器编号 | | |  | |
| 维修  、  保养和其他服务记录 | □维修记录 | 1. 故障描述及错误代码： | | | | | | |
| 2. 故障分析及处理： | | | | | | |
|  | | | | | | |
| 配件名称 | 型号 | | 数量 | 单价（元） | | 总价（元） |
|  |  | |  |  | |  |
|  |  | |  |  | |  |
| 合计（大写）： | | | | | | |
| 配件质保： 个月 | | | | | | |
| □保养和其他服务记录 | □设备维护保养(二\三级) □设备安全巡查 □设备召回 □设备操作培训 □设备宣讲 | | | | | | |
| 1、 | | | | | | |
| 2、 | | | | | | |
| 3、 | | | | | | |
| 4、 | | | | | | |
| 5、 | | | | | | |
|  | | | | | | |
| 维修/维保科室评价意见 | | 服务人员服务态度和及时性：□很好 □好 □一般 □差 | | | | | | |
| 故障处理后的效果评价：□很好 □好 □一般 □差 | | | | | | |
| 其他意见： | | | | | | |
| 维修/维保科室人员签名： | | | | | | |
| 服务公司 | |  | | | | | | |
| 服 务  工 程 师 | | 签名： 电话： | | | | | | |
| 设 备 科  人 员 | |  | | | | | | |
| 日 期 | |  | | | | | | |