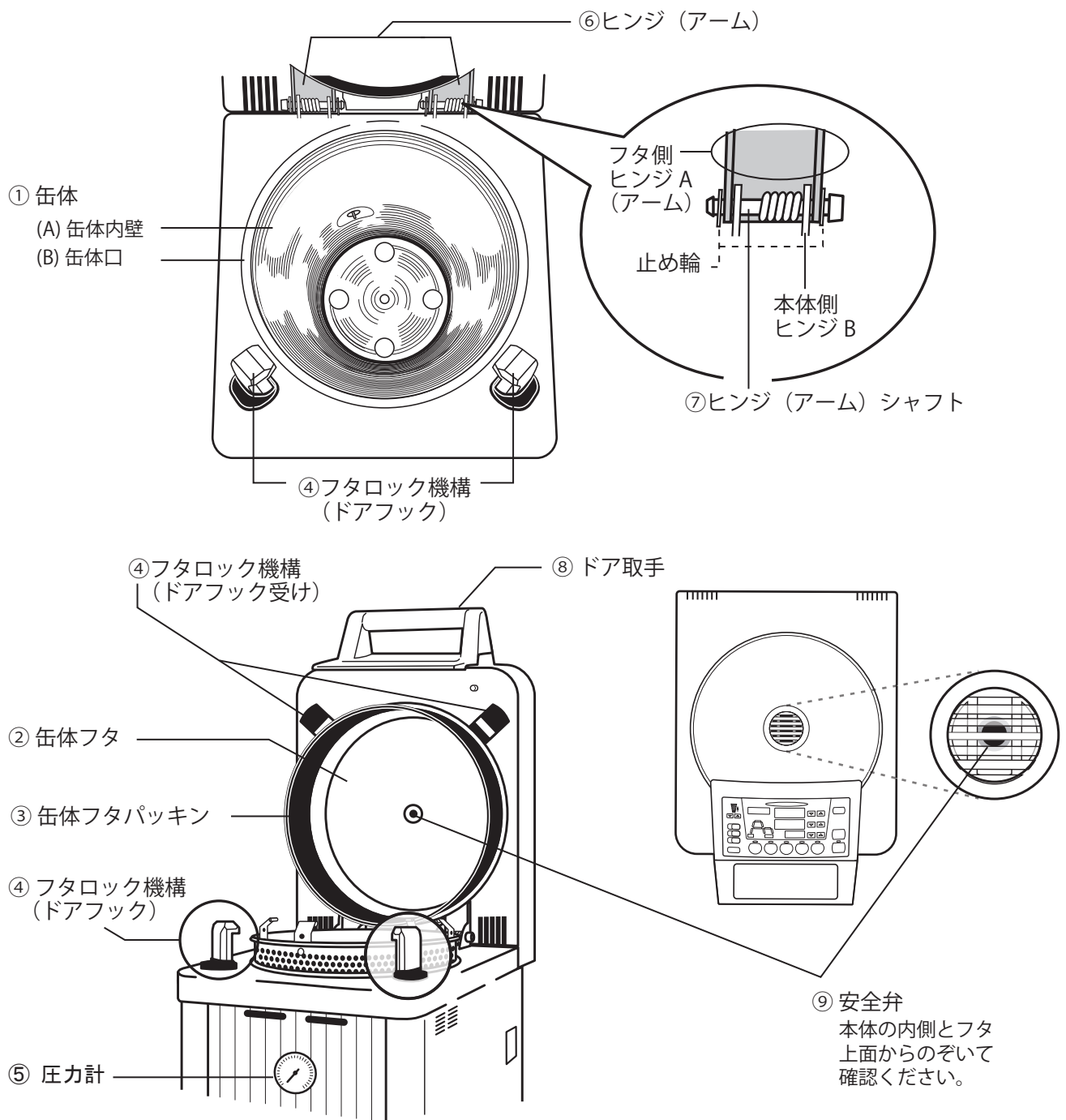


会社名		検査日	年 月 日
設置場所・部屋名		検査者名	
機器型式		製造番号	

オートクレーブ各部名称



○異常なし × 要改善（修理）

判定「×」の時は、修理又は調整が必要です。弊社までご連絡ください。

テストボタン

【電源スイッチ】

責任者 印 (年 月 日)

書式番号：QTS-19I6112