

車椅子をご利用になる場合は、以下項目に必要事項をご記入の上、出発日の5営業日前までに(ただしコールセンター営業時間内に限り) FAXにてご連絡ください。(FAX 0476-27-5605 営業時間 9:00~17:30)

記入日	年	月	日			
車椅子ご使用の方	(フリガナ) (氏名)		年齢	歳	性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
電話番号：(固定電話)		(携帯電話)		/メールアドレス：		
搭乗予定便						
日付	年	月	日	便名	便	区間 (出発地-到着地) (      —      )
日付	年	月	日	便名	便	区間 (出発地-到着地) (      —      )
1. 歩行の状況についてお知らせください。						
<input type="checkbox"/> 歩行ができない <input type="checkbox"/> 歩行はできるが階段の昇り降りはできない <input type="checkbox"/> 階段の昇り降りはできるが長い距離の歩行はできない						
2. お客様の車椅子をお預けになりますか？						
<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 車椅子のタイプ <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/>手動式             <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/>折りたたみ式</li> <li><input type="checkbox"/>固定式</li> </ul> </li> <li><input type="checkbox"/>電動式             <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/>ドライバッテリー → <input type="checkbox"/>ニッカド(Ni-Cd) <input type="checkbox"/>ニッケル水素(Ni-MH) <input type="checkbox"/>その他_____</li> <li><input type="checkbox"/>リチウムイオンバッテリー (Li-ion)</li> <li><input type="checkbox"/>防漏型湿式蓄電池 (シールドタイプのウェットバッテリー)</li> </ul> </li> </ul>						
3. バッテリーの設計と機能についてお伺いします (電動式の場合のみ)						
<input type="checkbox"/> バッテリーは特殊な工具を使用またはメーカーに持っていかないと外せない <input type="checkbox"/> バッテリーを容易に取り外せる ↳ <input type="checkbox"/> 誤作動防止機能              ↳ <input type="checkbox"/> あり              ↳ <input type="checkbox"/> リチウムイオンバッテリーの場合 300Wh 以下 ↳ <input type="checkbox"/> なし ↳ <input type="checkbox"/> バッテリー端子の取り外しが可能						
※下記バッテリーの場合はお引き受けできかねますのであらかじめご了承ください。 ① ノンシールドタイプ(非防漏型)のウェットバッテリー ② バッテリーを容易に取り外せる場合で、電力量が 300Wh を超えるリチウムイオンバッテリー (予備のリチウムイオンバッテリーの機内持込は 300Wh 以下のものは 1 個、160Wh 以下のものは 2 個まで) ③ 特殊な工具を使用またはメーカーに持っていかないとバッテリーを取り外せない場合で、誤作動防止機能がなく、端子の取り外しもできないバッテリー						
※お客様の車椅子は搭乗手続時カウンターにてお預かりし、当社が用意した車椅子で搭乗口までご案内致します。 ※電動車椅子をお預けの場合は、空港係員にバッテリーの短絡防止の方法等をお知らせください。 ※ガススプリング付き車椅子で、ガススプリングが日本製でない、もしくは「危険物除外品ラベル」の貼付がないものはお預かりできない場合がございます。 ※大きいサイズの車椅子は、貨物室のスペースの関係上、お預かり出来ない場合がございます。						
車椅子のサイズ・重量      高さ：_____cm      横幅：_____cm      奥行：_____cm      重量：_____kg						
【車椅子を使用する方以外が記入された場合は以下についてお知らせください】						
記入者名：_____						
会社名：_____      部署名：_____						