

酸素ボンベ仕様確認フォーム

酸素ポンペを機内へお持ち込みまたはお預けになる場合は、以下項目に必要な事項をご記入の上、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ます）FAXにてご連絡ください。（FAX0476-27-5605 営業時間9：00～17：30）機内でご使用またはお預けいただけるものは医療用酸素ポンペのみです。ご注意ください。

記入日	年	月	日				
酸素ポンペご使用の方	(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	/ 区開 (出発地-到着地) (—)
日付	年	月	日	/	便名	便	/ 区開 (出発地-到着地) (—)
製品名/サイズ							
1. メーカー名： _____							
2. 製品名： _____							
3. サイズ： 高さ _____ cm × 直径 _____ cm 1本あたりの総重量 _____ kg							
<p>※機内へのお持ち込みは、高さ70cm・直径10cm程度、1本あたりの総重量5kg以下のものまで認められます。</p> <p>※機内では前の座席の下に収納できるスペースがございませんので、別途酸素ポンペ固定用のお座席をご購入していただきます。</p> <p>十分な長さのあるチューブをお持ちください。</p> <p>※酸素ポンペをお預けになる場合は必ずケースにお入れください。またキャリーがついている場合は外していただきます。</p> <p>※液体酸素ポンペは機内持ち込み、お預かり共に受付できません。</p>							
酸素ボトル確認事項							
<input type="checkbox"/> 容器証明済みである（「JK」の表示がある）							
<input type="checkbox"/> 医療用ガス状酸素である（「02」の表示がある）							
<input type="checkbox"/> FRP容器については製造後15年を経過していないこと							
本数	機内持ち込み： _____ 本 / お預け： _____ 本 / 合計： _____ 本						
【酸素ポンペ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： _____							