

医療用酸素ボンベ仕様確認フォーム

* ご出発日の5営業日前までにFAX (0570-020-179)、またはウェブサイトのお問い合わせフォームよりお送りください。

* ご不明な点は、予約センター (0570-6666-03) へご連絡ください。

予約センター受付時間：9:00～18:00 年中無休

* 機内でご使用、または貨物室にお預けいただけるものは医療用酸素ボンベのみです。ご注意ください。

記入日：	年	月	日			
医療用酸素ボンベをご使用される方	フリガナ			PNR (ご予約番号)	年齢	歳
	お名前				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) ～
製品名/サイズ：						
(メーカー名)						
(製品名)						
(サイズ)	高さ	_____	cm	X	直径	_____
						cm 一本あたりの総重量 _____ kg
* 機内へのお持ち込みは、高さ 70 cm・直径 10 cm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。						
* 機内では前方座席の下に収納していただきます。						
医療用酸素ボンベ確認事項：						
<input type="checkbox"/> 容器証明済みである (※ の表示)						
<input type="checkbox"/> 医療用ガス状酸素である (「O2」の表示)						
<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
【医療用酸素ボンベ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： _____			