酸素ボンベ仕様確認書

（FAX送信先：054-354-5579）

記入日：　　年　　月　　日

ご搭乗者（ご使用者）	フリガナ 様			
ご予約便	往路	（搭乗日） 月　　日	（搭乗便名） FDA　　便	
	復路	（搭乗日） 月　　日	（搭乗便名） FDA　　便	
本数	往路	（持込）　　本	（受託）　　本	（計）　　本
	復路	（持込）　　本	（受託）　　本	（計）　　本
ボンベ確認事項		ボンベ番号	容器再検査期限	
	（往路使用分）		年　　月　　日	
			年　　月　　日	
	（復路使用分）		年　　月　　日	
			年　　月　　日	
製品名/サイズ	（メーカー名）		（製品名）	
	（重量）		（サイズ） 高さ　　cm　直径　　cm	
	※高さ70cm×直径10cm程度までで1本あたり**5kg以下**のものがお持込み可能です。 ※座席の下に固定できない大きさのものは、ボンベ用に席を確保するため別途料金をいただくことがあります。			
その他確認事項	Q. デマンドバルブのご使用予定　（　使用する　・　使用しない　）			
	（メーカー・製品名・型番等）			
	Q.　その他お持込みになる電子機器等があればお知らせください。			
	（メーカー・製品名・型番等）			
記入者	※ご搭乗者以外がご記入された場合のみ			
	（会社名）		（ご担当者名）	
	（電話番号）		（FAX）	
注意事項	※お引き受けは医療用のガス状酸素（空気）に限らせて頂いております（液体不可） ※収納に際し、前の座席下に入らない場合はキャリーケースを外して頂くこともございます。 ※酸素ボンベは前のお座席の下に横に倒してご使用いただきますので、充分な長さのチューブをご用意ください。			