【FAX 送信用】

酸素ボンベ仕様確認書

機内持ち込み/ 受託の条件	① ボンベ本体の重量が 5kg 以下であること ② 医療用でガス状であること（液体不可） ③ 容器検査期限内であること ④ サイズが高さ 70cm×直径 10cm 程度であること
ご搭乗者名	（フリガナ） お名前：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
搭乗予定便 （便名/日付）	【往路】搭乗便名：＿＿＿＿＿＿＿＿ 搭乗日：＿＿＿＿＿＿＿＿ （乗り継ぎ便名：＿＿＿＿＿＿＿＿ 搭乗日：＿＿＿＿＿＿＿＿） 【復路】搭乗便名：＿＿＿＿＿＿＿＿ 搭乗日：＿＿＿＿＿＿＿＿ （乗り継ぎ便名：＿＿＿＿＿＿＿＿ 搭乗日：＿＿＿＿＿＿＿＿）
製品名/サイズ	製品名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 1 本あたりの重量：＿＿＿＿＿＿ kg 高さ：＿＿＿＿ cm × 直径：＿＿＿＿ cm 航空法の要件により 5kg 以下であることが必須になります。
機内での収納方法	・機内ではキャリーを外し、前の座席の下に横にして収納してください。 ・前の座席の下に収納できない場合には、ボンベ用の座席を確保するために別途料金をいただくこともございます。
本数	【往路】 機内持ち込み＿＿本 ＋ 受託＿＿本 ＝ 合計＿＿本 【復路】 機内持ち込み＿＿本 ＋ 受託＿＿本 ＝ 合計＿＿本
ボンベ確認事項	＜どちらかに○＞ ＜ボンベ番号＞ ＜容器再検査期限＞ ① 往路 / 復路 ＿＿＿ 年 月 日 ② 往路 / 復路 ＿＿＿ 年 月 日 ③ 往路 / 復路 ＿＿＿ 年 月 日 ④ 往路 / 復路 ＿＿＿ 年 月 日
デマンドバルブ （呼吸同調機）	□使用する □使用しない
ご記入者 （酸素ボンベを使用される方以外がご記入された場合）	■記入日：＿＿＿＿ 年 月 日 ■会社名：＿＿＿＿＿＿＿＿ ■ご担当者名：＿＿＿＿＿＿＿＿ ■電話番号：＿＿＿＿＿＿＿＿

≪FAX 送信先≫ ANA おからだの不自由な方の相談デスク（ADD）

【FAX】 0120-029-366(フリーダイヤル)、03-6741-8710（有料）

★ご不明な点は以下の電話番号へご連絡下さい。（営業時間：年中無休 09:00 ～ 17:00）

【TEL】 0120-029-377(フリーダイヤル)、0570-029-377(携帯電話・全国一律料金)、03-6741-8900(PHS・国際電話)