

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
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	<チェックをつけてください> <ボンベ番号> <容器再検査期限> <input type="checkbox"/> 往路 <input type="checkbox"/> 復路 _____ _____ 年 月 日 <input type="checkbox"/> 往路 <input type="checkbox"/> 復路 _____ _____ 年 月 日 <input type="checkbox"/> 往路 <input type="checkbox"/> 復路 _____ _____ 年 月 日 <input type="checkbox"/> 往路 <input type="checkbox"/> 復路 _____ _____ 年 月 日
デマンドバルブ (呼吸同調機)	<input type="checkbox"/> 使用する <input type="checkbox"/> 使用しない
ご記入者	■記入日: _____ 年 月 日 ■会社名: _____ ■氏名: _____ ■電話番号: _____

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。

≪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)