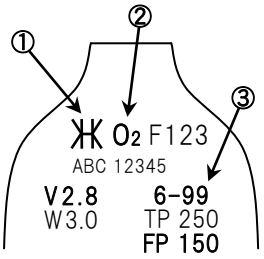
酸素ボンベ仕様確認書

＊航空機内での使用、又は受託手荷物としてお預かり出来るものは、医療用のガス状酸素ボンベのみ（液体不可）となりますのでご注意ください。

（フリガナ） ご搭乗者名 *酸素ボトル使用者	様　　年齢（　　歳）
搭乗予定便 （便名/日付）	便　　年　　月　　日 便　　年　　月　　日
メーカー名	
製品名/サイズ	製品名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 高　さ：＿＿＿＿＿＿cm × 直径：＿＿＿＿＿＿cm 1本あたりの総重量：＿＿＿＿＿＿kg ≪注意≫ 機内持込が可能なサイズは、高さ 70cm×直径 10cm 程度、総重量 5kg 以内です。座席下に収納できない大きさのものは、ボトル用の座席を確保するため、別途料金を頂くこともございます。
本　数	機内持込：＿＿＿＿本 ＋ 受託：＿＿＿＿本 ＝ 合計＿＿＿＿本
ボンベ確認事項  	①容器証明済み[⋇]の表示　　あり　・　なし ②医療用ガス状酸素[0^2]の表示　　あり　・　なし ③3年(1部5年)ごとの耐用証明検査を受けていること ＜ボンベ番号＞　　＜容器再検査期限＞ 1. ＿＿＿＿＿＿　　年　月　日　機内持込・受託 2. ＿＿＿＿＿＿　　年　月　日　機内持込・受託 3. ＿＿＿＿＿＿　　年　月　日　機内持込・受託 4. ＿＿＿＿＿＿　　年　月　日　機内持込・受託 5. ＿＿＿＿＿＿　　年　月　日　機内持込・受託
デマンドバルブの使用 （呼吸同調器）	□ 使用する → 製 品 名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ メーカー：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ □ 使用しない

＊酸素ボンベを使用され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　日：　　年　　月　　日	会社名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
担当者氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿	連絡先：（TEL）　　（FAX）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿