

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	お名前 (フリガナ): _____															
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	<table border="0"> <tr> <td><チェックをつけてください></td> <td><ボンベ番号></td> <td><容器再検査期限></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>往路 <input type="checkbox"/>復路</td> <td>_____</td> <td>_____年 _____月 _____日</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>往路 <input type="checkbox"/>復路</td> <td>_____</td> <td>_____年 _____月 _____日</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>往路 <input type="checkbox"/>復路</td> <td>_____</td> <td>_____年 _____月 _____日</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>往路 <input type="checkbox"/>復路</td> <td>_____</td> <td>_____年 _____月 _____日</td> </tr> </table>	<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
<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: _____ ファックス受信後、お電話にて確認のご連絡をいたします。															