

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 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	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 33%;"><チェックをつけてください></td> <td style="width: 33%;"><ボンベ番号></td> <td style="width: 33%;"><容器再検査期限></td> </tr> <tr> <td> ☐ 往路 ☐ 復路 _____ ☐ 往路 ☐ 復路 _____ ☐ 往路 ☐ 復路 _____ ☐ 往路 ☐ 復路 _____ </td> <td> _____ _____ _____ _____ </td> <td> _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 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>	☐ 往路 ☐ 復路 _____ ☐ 往路 ☐ 復路 _____ ☐ 往路 ☐ 復路 _____ ☐ 往路 ☐ 復路 _____	_____ _____ _____ _____	_____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 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>					
☐ 往路 ☐ 復路 _____ ☐ 往路 ☐ 復路 _____ ☐ 往路 ☐ 復路 _____ ☐ 往路 ☐ 復路 _____	_____ _____ _____ _____	_____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 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	■ 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。						

FAXにてお知らせください。
 FAXでお送り頂いた後、お電話にて確認の連絡を致します。

FAX番号 0920-44-6192
 お問い合わせ先 ORC予約センター
 0570-064-380