

発行日	午	B		
光1丁口		Э		

JAL プライオリティ・ゲストセンター

TEL: 0120-747-707 FAX: 03-5460-5676

仕様証明書

* お引き受けは医療用のガス状酸素(空気)に限らせていただいております。								
酸素ボトル使用者名		(年齢)						
搭乗予定便 (便名/日時)								
メーカー名								
製品名/サイズ								
	製品	<u>.名</u>						
	<u>高さ</u>		cm		直径		cm	
※前の座席の下に収納できない大きさの	1本	あたりの総算	重量	kg				
ものは、ボトル用の座席を確保するため、		注意)						
別途料金をいただくこともございます。	高さ 70CM x 直径 10CM 程度、総重量 5KG 以下のものまでと							
	なり	ます。						
ボトル確認事項		ボトル番	号		容器 再検査期限		期限	
	1					年	月	_
※容器再検査期限内のものを				_		年	月	_
ご用意ください。	3_			_		年	月	_
	4					年	月	_
	<u></u>			_		年	月	_
機内持ち込み/受託		持ち込み		受託				
		<u>本</u>			本	合計	本	
DEMAND VALVE の使用		/-	#1 0	_				
(呼吸同調器/流量調整器)	⊔ '	使用する	<u> </u>	<u>名:</u>				
	<u>メーカー :</u>							
	□ 使用しない							
※職妻は前のお座席の下に構に倒して 会社名 :								
※酸素は前のお座席の下に横に倒して		<u> </u>	•					

※酸素は前のお座席の下に横に倒して	会社名 :			
ご使用いただきますので、	担当者名 :			
充分な長さのチューブをご用意ください。	<u></u>			
※収納に際し、前の座席下に入らない場合は	電話番号 :			
キャリーケースを外していただくこともございます。	FAX :			