JAPAN AIRLINES

発行日　　年　　月　　日

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 ※前の座席の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、別途料金をいただくこともございます。	製品名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 高さ　　cm　　直径　　cm 1 本あたりの総重量　　kg （ご注意） 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 ※容器再検査期限内のものをご用意ください。	ボトル番号　　容器 再検査期限 ①＿＿＿＿＿＿　　年　　月 ②＿＿＿＿＿＿　　年　　月 ③＿＿＿＿＿＿　　年　　月 ④＿＿＿＿＿＿　　年　　月 ⑤＿＿＿＿＿＿　　年　　月
機内持ち込み/受託	持ち込み　　受託 本　　本　合計　　本
DEMAND VALVE の使用 （呼吸同調器/流量調整器）	□ 使用する　　製品名 ：＿＿＿＿＿＿ メーカー ：＿＿＿＿＿＿ □ 使用しない

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

会社名 ：＿＿＿＿＿＿

担当者名 ：＿＿＿＿＿＿

電話番号 ：＿＿＿＿＿＿

FAX ：＿＿＿＿＿＿