ジェットスター・ジャパン株式会社
E メール：JJPDGAPRV@jetstar.com

医療用酸素ボトル仕様確認書

酸素ボトルを機内でご使用（機内持込のみ可、お預け不可）される場合、以下の項目（太枠内）に必要事項を記入の上、ご出発日の 5 営業日前までに、E メールにて、ジェットスターまでご連絡ください。

記入日			
酸素ボトル使用者	（フリガナ） （氏名）	年齢	歳
電話番号			
E メールアドレス			
搭乗便	日付　　月　　日　GK　　便　区間（　　／　　） 日付　　月　　日　GK　　便　区間（　　／　　）		
予約番号 （予約済みの場合）			
製品詳細	メーカー名：　　 製品名：　　 サイズ：　高さ　　cm　×　直径　　cm　重量　　kg ※ご注意 医師の処方による在宅酸素療法医療用を受けている患者様 ボトルにガス状酸素（「O2」）の表示があること。 使用期限：　鉄製ボトルは制限無し。FRP ボトルは製造日より 15 年間。 ボトルはご自身の座席に固定していただきます。重量は一本あたり 5kg 以下までとなります。（キャリーケースを含む）　予備のボトルをお持ちになる場合、固定する座席を確保するため、追加の座席の購入をお願いする場合もございます。		
ボトル確認事項	ボトル番号：　　　容器の再検査日：　　 ボトル番号：　　　容器の再検査日：　　 ボトル番号：　　　容器の再検査日：　　 合計　　本		
Demand Valve （呼吸同調器／流量調整器）	☐ 使用する　メーカー名：　　 製品名：　　 ☐ 使用しない		

会社記入欄	承認番号																		