



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)に必要な事項を記入の上、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)	年齢	歳
	(氏名)		
電話番号			
Eメールアドレス			
搭乗便	日付 _____ GK 便 区間 (_____ / _____)		
	日付 _____ 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がございます。		
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)	<input type="checkbox"/> 使用する	メーカー名: _____	
		製品名: _____	
	<input type="checkbox"/> 使用しない		
会社記入欄	承認 番号		