

医療用電子機器記入シート

ご記入の上、出発予定日の5日前までにコンタクトセンターへ書類送信フォームをご利用いただき、送付をお願い致します。

お客様の医療機器についてご記入ください。

| | | | | | | | | | | |
|--------------------|--|---|----|---|----|----|---|----|----|---|
| ご搭乗者名（フリガナ） | | | | | | | | | | |
| 連絡先電話番号 | | | | | | | | | | |
| ご搭乗日・便名 | ①： | 月 | 日 | / | 便 | ②： | 月 | 日 | / | 便 |
| | ③： | 月 | 日 | / | 便 | ④： | 月 | 日 | / | 便 |
| 医療機器名① | | | | | | | | | | |
| メーカー名 | | | | | | | | | | |
| 製品名 | | | | | | | | | | |
| 型番 | | | | | | | | | | |
| サイズ/重量 cm/kgで記入 | 長さ | x | 幅 | x | 高さ | cm | / | 重さ | kg | |
| | cm | x | cm | x | | | | | | |
| バッテリーの種類 | リチウムイオンバッテリー（Wh/※160Whまで） リチウムバッテリー（g/※8gまで） ニッケル水素 ニッカド シールドバッテリー ノンシールドバッテリー その他電池（） | | | | | | | | | |
| 医療機器名② | | | | | | | | | | |
| メーカー名 | | | | | | | | | | |
| 製品名 | | | | | | | | | | |
| 型番 | | | | | | | | | | |
| サイズ/重量 cm/kgで記入 | 長さ | x | 幅 | x | 高さ | cm | / | 重さ | kg | |
| | cm | x | cm | x | | | | | | |
| バッテリーの種類 | リチウムイオンバッテリー（Wh/※160Whまで） リチウムバッテリー（g/※8gまで） ニッケル水素 ニッカド シールドバッテリー ノンシールドバッテリー その他電池（） | | | | | | | | | |

| | |
|-------------|--|
| ご記入社名（フリガナ） | |
| 連絡先電話番号 | |

＜注意事項＞

- ・酸素ボンベ、酸素濃縮器（POC）などを使用されるお客様は医師の診断書が必要です。
- ・機内のAC電源は使用できません。お客様の健康に影響がでる可能性がある医療機器にはご利用いただけませんので、バッテリーをご用意ください。
- ・酸素濃縮器（POC）および人工呼吸器作動用のバッテリーは、ご搭乗時間の150%をお持ちいただくようお願いいたします。
- ・前の座席の下などに収納できないサイズの医療機器を持ち込まれる場合は、別途座席を購入していただく必要がございます。
- ・持ち込み可能な予備バッテリーについて

リチウム電池…リチウム含有量8g以下のもの。リチウム含有量2g以下のものは個数制限はありません。

リチウムイオン電池…ワット時定格量160Wh以下のもの。ワット時定格量100Wh以下のものは個数制限はありません。

詳しくはエアー・ジャパン コンタクトセンターへお問い合わせください。