

平成 年 月 日

特別な手配について

A 申込内容	
B お客様のお名前・年齢・性別 ふりがな 漢字名 様 満 歳 男性・女性	
C 病状（症状）もしくは障害の内容，程度について詳しくお書き下さい。	
D 盲導犬・聴導犬・介護犬を同伴されますか？ はい いいえ	
E 車椅子について	
a 空港で車椅子は必要ですか？	
はい	どの程度お歩きになれますか？
いいえ	長い距離は歩けない (WCHR) 階段の上り下りはできない (WCHS) 歩行できない (WCHC)
c お客様ご自身の車椅子を預けますか？	
はい	手動式(WCMP) ----- チェック・イン時に預ける。 搭乗ゲートまで利用希望。 ※但し，対応できない空港も ありますのでご了承下さい。
いいえ	電動式 ----- 一般蓄電池使用(WCBW) 密閉型蓄電池使用(WCBD)
電動式車椅子は，1便当りのお預かりできる台数に制限があります。 電動式の物は，飛行機への積み込みに時間を要する為，チェック・イン時にお預け頂きます。	
b 車椅子のサイズを教えてください。	
車椅子を広げた時の横幅，高さ，長さは何のくらいですか？ 横幅 cm・高さ cm・長さ cm 車椅子は折りたためますか？ 折りたためる 折りたためない その他() 車椅子の重量は何のくらいですか？ () Kg	
F 空港で特別な手配の必要なことがありますか？(例：預けた手荷物引取り援助等)	
出発地点の手配	いいえ はい ----- ()
到着地点の手配	いいえ はい ----- ()
G 座席の手配に希望はありますか？(例：トイレの近く等)	
いいえ	はい ----- ()
H 機内で酸素吸入，吸引機，治療，医療機器やストレッチャーを使用されますか？	
いいえ	はい ----- 医師の診断書，付添人が必要になります。 別紙必要な書類がありますので，準備致します。
I 同行者がいらっしゃる場合。	
1	2 3
J その他ご旅行に関して希望はありますか？	