

診 断 書

※医師による記入です。

以下の全ての欄に記入願います。

MEDA1	旅客(患者)氏名	年齢	性別
MEDA2	お名前 医療機関名/専門科		
	電話番号(病院・医院)	(自宅)	
MEDA3	診断(病名)、症状		
MEDA4	航空旅行の適否について (旅程が身体に及ぼす影響も考慮願います。)	適	否

上記の通り診断します。

病院名 _____

担当医 _____

年月日 _____

署名 _____ (印)

同 意 書

※お客様自身による記入です。

私または _____ が 月 日、貴社 便 _____ から _____ まで
(搭乗者氏名) (発地名)

旅行を行うに当り、私または上記のものが貴社航空機に搭乗の際、または搭乗中、あるいは搭乗後、私または上記の者の健康状態に有害な結果を生じたとしても、貴社並びに貴社役員に対し一切の責任を問わないこと、並びに健康状態の悪化に関連して生ずる付随的支出、および貴社または第三者に対して与えた障害につき一切の賠償の責に任ずることを制約いたします。

お名前 _____

ご搭乗者との関係 _____

住所 _____

電話番号 _____