

平成 13 年 9 月 5 日 制定（国空機第 530 号）  
平成 23 年 6 月 30 日一部改正（国空機第 282 号）  
令和元年 6 月 28 日一部改正（国空機第 359 号）  
令和 2 年 12 月 24 日一部改正（国空機第 937 号）

## サーキュラー

国土交通省航空局安全部航空機安全課長

件名：外国製特定救急用具の検査要領

### 1. 目的

本要領は、外国製特定救急用具（本邦以外の国で製造されたものであり、かつ製造国の権限ある航空当局等から、航空機に使用できる旨の承認等を得ているもの。以下同じ）について航空法施行規則（昭和 27 年運輸省令第 56 号。以下「規則」という。）第 152 条第 1 項に基づき、性能及び構造について国土交通大臣の検査を受ける場合の方法等を定めることを目的とする。なお、特定救急用具については、規則第 152 条第 1 項ただし書に基づき、型式について国土交通大臣の承認を受けることを推奨する。

### 2. 検査の対象となる特定救急用具

- ・非常信号灯
- ・救命胴衣
- ・救命ボート
- ・落下傘

### 3. 申請

特定救急用具の検査を受けようとする者（以下、「申請者」という。）は、別紙 1 の様式により地方航空局長あて申請書を 1 部作成し、地方航空局保安部運用課に提出しなければならない。

#### 3-1 申請書の記載要領

##### (1) 申請者の住所又は主たる事務所の所在地及び氏名又は名称

申請の特定救急用具を装備する予定の航空機の使用者を原則とするが、当該特定救急用具の所有者等その代理人でもよい。

##### (2) 特定救急用具の種類又は名称、型式、製造番号及び製造者氏名又は名称

特定救急用具に付されている銘板、関係書類と整合するものでなければならない。

(3) 検査希望場所及び検査希望時期

希望を記載してよいが、必ずしも希望どおりに検査を受けられない場合があるので、実際の実施場所及び時期については、申請後に担当検査官と調整を行うこと。

3-2 申請書の提出先

(1) 受検希望地が新潟、長野、静岡以東の場合

東京航空局保安部運用課検査乗員係

東京都千代田区九段南 1-1-15 九段第二合同庁舎

TEL 03-5275-9292

(2) 受検希望地が富山、岐阜、愛知以西の場合

大阪航空局保安部運用課検査乗員係

大阪府大阪市中央区大手前 4-1-76 大阪合同庁舎第 4 号館

TEL 06-694906211

4. 検査

4-1 検査の方法

規則第 152 条第 1 項に基づき、申請された特定救急用具の性能及び構造を判定するため、設計、製造過程及び現状について書類及び申請品の状態の検査を行う。

4-2 検査の際に必要な関係書類

検査の際に必要な関係書類は、以下のとおり。ただし、必要な場合においては、これら以外の技術資料等を求めることがある。

(1) 提出が必要な書類

a) 設計等について、米国 TSO 若しくはこれと同等以上と認められる基準に合致していることを、製造国の権限ある航空当局等が証明する書類の写し

b) 当該品の耐空性について、製造国の権限ある航空当局等が証明する書類  
(例：米国 FAA Form8130-3 等)

c) 製造国の権限ある航空当局等により承認された仕様を記載した書類（適用基準、構造、性能、寸法、重量等）

(2) 提示が必要な書類

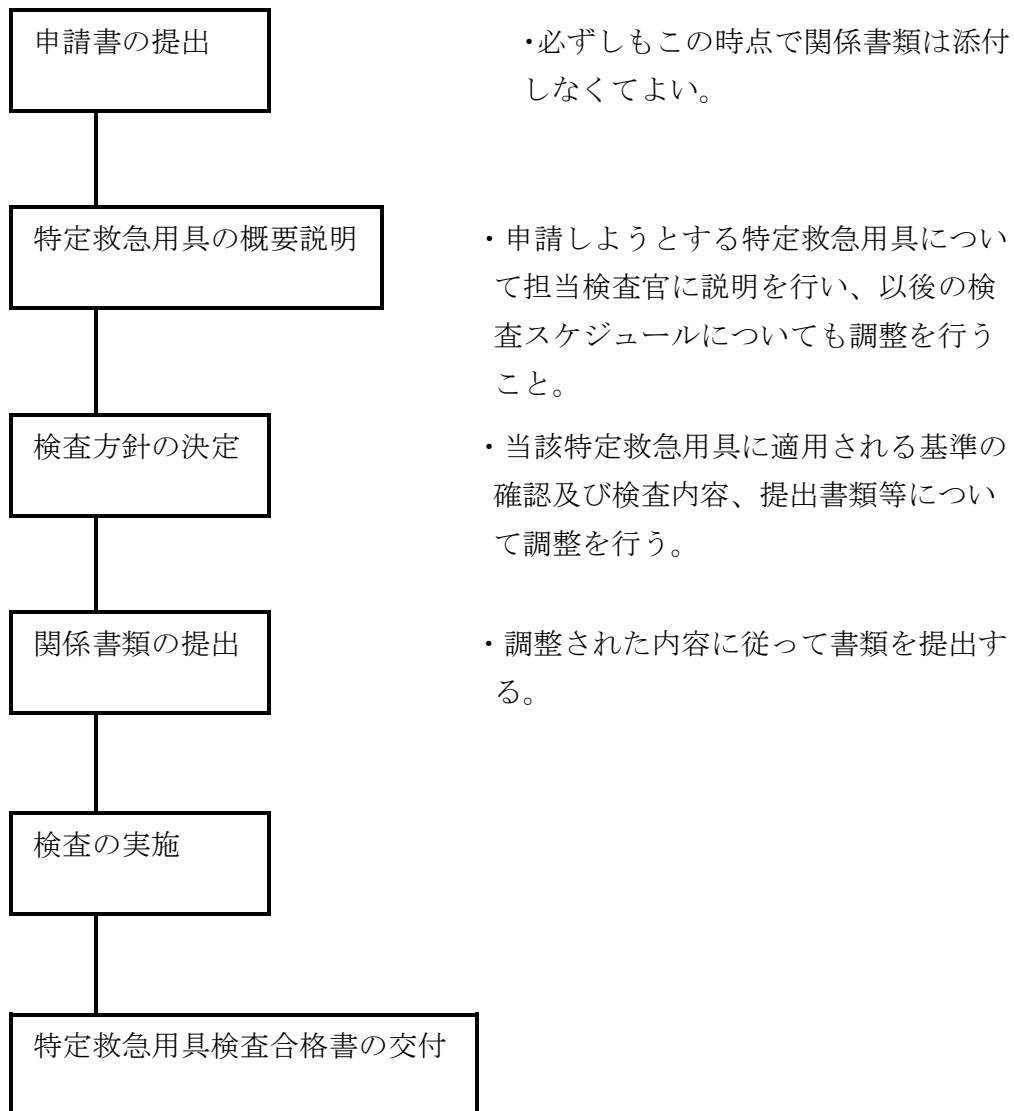
a) 取扱説明書（整備方法、装備方法を含む）

b) パーツカタログ（ただし、取扱説明書に IPC 等が含まれる場合は省略可能）

5. 特定救急用具検査合格書の交付

第 4 項の検査の結果、合格と判断された場合は、当該特定救急用具に対し特定救急用具検査合格書を交付する。

## 6. 申請書の提出から検査、特定救急用具検査合格証の交付までの流れ



## 7. その他

特定救急用具検査合格書は使用者の責任において保管し、譲渡等により当該救急用具の使用者を変更する際は、当該合格書を併せて譲渡すること。

### 附則

1. 本サーキュラーは、平成13年9月5日から適用する。

### 附則（平成23年6月30日）

1. 本サーキュラーは、平成23年7月1日から適用する。

附則（令和元年 6 月 28 日）

1. 本サーキュラーは、令和元年 7 月 1 日から適用する。

附則（令和 2 年 12 月 24 日）

1. 本サーキュラーは、令和 3 年 1 月 1 日から適用する。

本サーキュラーに関する質問・意見等については、下記に問い合わせること。

国土交通省航空局安全部航空機安全課装備品係

〒100-8918 東京都千代田区霞が関 2-1-3

電話番号 03-5253-8735

FAX 03-5253-1661

特定救急用具検査申請書

地方航空局長 殿

年 月 日

住所又は主たる事務所の所在地  
氏名又は名称

以下の特定救急用具について、航空法施行規則第 152 条第 1 項の規定に基づき検査を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

種類又は名称	
型 式	
製造番号	
製造者氏名又は名称	
検査希望場所	
検査希望時期	

特定救急用具検査合格書

No. \_\_\_\_\_

種類又は名称 \_\_\_\_\_  
型 式 \_\_\_\_\_  
製 造 番 号 \_\_\_\_\_

上記の特定救急用具は、航空法施行規則（昭和 27 年運輸省令第 56 号）第 152 条第 1 項の規定に基づいた検査に合格したものである。

なお、関係法令及び取扱説明書に従った点検及び整備は使用者の責任で行うこと。

検査合格年月日 年 月 日

