

ビジネス・トラベル・アカウント(BTA)変更・退会届

Notification of Changes/Cancellation for Business Travel Account (BTA)

アメリカン・エキスプレス・インターナショナル, Inc.カード事業部門 新規法人会員係 行
TO: American Express International, Inc., Commercial Apps

コピーをお手元に保管ください。
(Please keep a copy for your reference)

提出日
(Date) / /

フリガナ			電話番号 (Telephone Number)	()	—													
ご記入者名 (Submitter Name)																			
会社名 (Company Name)																			
管理グループ番号 15桁 (15-digit Control Account Number)	0	1	0																
※管理グループ番号がご不明な場合は、会社名と請求アカウント番号を必ずご記入ください。 *If you do not know your Control Account Number, please specify the Company Name and Billing Account Number.																			
請求アカウント番号 (15-digit Billing Account Number)	3	7																	
※請求アカウント番号がご不明な場合は、毎月の旅行代金一括請求書右上の数字15桁(請求アカウント番号または一括請求書番号)を記入ください。 *If you do not know your Billing Account Number, please confirm the 15-digit number (billing account number or Billing Unit) in the upper right corner of the monthly Consolidated Statement.																			
部署名 (Department Name)																			
新たにBTAアカウントを追加する場合は、こちらにチェックのうえ、既存の管理グループ番号、もしくは請求アカウント番号と変更する箇所のみご記入ください。 より詳細な設定に関しては弊社営業担当よりご連絡いたします。またご登録いただいている管理責任者のご署名、または記名および捺印が必要です。 (If you add a new BTA account, please tick here and fill in any changes from the existing Control Account Number or Billing Account Number. For more detailed settings, our Sales Representative will contact you. Also, please provide the signature or name and seal of the registered Authorising Officer.)																			
管理責任者 (Signature)																			(印)

管理責任者の指定 (Register Authorising Officer)

以下のとおり、上記新規管理グループの管理責任者を指定いたします。(Please add the below person as an Authorising officer.)

フリガナ			部署名 (Department)			
氏名 (Name)			役職 (Title)			
ご署名またはご捺印 (Signature)			(印)			
勤務先電話番号 (Office Phone No.)			生年月日 (Date of Birth)	年 (YYYY)/	月 (MM)/	日 (DD)
Eメールアドレス (Email Address)			※重要なお知らせを配信する際に ご利用いたします。			
グループメールアドレスはご利用いただけません。(Please refrain from using a group email address)						
勤務先住所 (Office Address)	(〒　　-　　)					
自宅住所 (Home Address)	(〒　　-　　)					
*Prefer English communication		Yes				

連絡担当者の指定 (Register Contact Person)

以下のとおり、上記新規管理グループの連絡担当者を指定いたします。(Please add the below person as a Contact Person.)

フリガナ		部署名 (Department)	
氏名 (Name)			
勤務先電話番号 (Office Phone No.)		*誕生日 (Month/Date of Birth)	月 (MM)/ 日 (DD) American Express @ Work® をご利用いただく場合必須です。 This field is mandatory if you register for @ Work.
Eメールアドレス (Email Address)	<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="flex-grow: 1; margin-right: 10px;"></div> <div style="border: 1px dashed #ccc; padding: 2px 10px; font-size: 0.8em;">※重要なお知らせを配信する際に 利用いたします。</div> </div> <p>グループメールアドレスはご利用いただけません。(Please refrain from using a group email address)</p>		
勤務先住所 (Office Address)	(〒 —)		

*American Express @ Work® へのご登録

新たに BTA アカウントを追加する場合、当社は American Express @ Work® 特約条項に同意し、下表の権限設定にて上記管理責任者と連絡担当者の @ Work 利用登録を申し込みます。

(When adding a new BTA account, in accordance with American Express @ Work® Special Provisions, we register the Authorising Officer and Contact Person designated above as an Authorized User of American Express @ Work with the preferences detailed in the below Role Setting table.)

利用するサービスにチェックを入れてください。 (Please tick the services that you need.)	管理責任者(Authorising Officer) 既存ユーザーIDをお持ちであればご記入ください Please input your user ID if you already have one. ()	連絡担当者 (Contact Person) 既存ユーザーIDをお持ちであればご記入ください Please input your user ID if you already have one. ()
BTA請求書 (BTA Statement)		

変更事項に該当する項目に 印を付し、ご記入ください。 (Please inform us of any changes by filling in the relevant boxes below.)

ご利用旅行代理店の登録 (Register Travel Agency) ※旅行代理店よりSOF(Signature on File)の提出が必要です。SOF (Signature on File) must be submitted by the Travel Agency					
1	旅行代理店名 (Travel Agency Name)				支店名 (Branch Name)
	英文社名 (Registered Name)				電話番号 (Telephone Number) () -
2	旅行代理店名 (Travel Agency Name)				支店名 (Branch Name)
	英文社名 (Registered Name)				電話番号 (Telephone Number) () -
ご利用旅行代理店の解除 (Remove Travel Agency)					
1	旅行代理店名 (Travel Agency Name)				日付(Date) 年 月 日 ※停止希望日がある場合のみご記入ください。 (* Please specify if you wish to remove the Agency on a particular date.)
	決済専用番号 (15桁) (15-digit Charge Number)				
2	旅行代理店名 (Travel Agency Name)				日付(Date) 年 月 日 ※停止希望日がある場合のみご記入ください。 (* Please specify if you wish to remove the Agency on a particular date.)
	決済専用番号 (15桁) (15-digit Charge Number)				
退会 (Cancellation)					
退会理由 (Cancellation Reason)	出張の減少 (Decrease of Travel Spending) その他(Other) ()	他のビジネストラベルマネジメントへの変更 (Change to other business travel management program)			
※ご利用の時期により、ご請求が退会日よりも後になる場合がございます。 (*The invoice may be issued after your cancellation date depending on the timing of the transaction.)					
◆ その他の法人情報変更 (Other Changes Required by Your Company)					
変更を希望される内容をご記入ください。(Please fill in the details of your change requirement(s).)					
※BTA以外の商品も導入いただいており、すべての商品に対しての変更をご希望の場合は、お手数ですが該当の商品の変更届も併せてご提出ください。 *If your company is also using other products in addition to the BTA and wishes to apply the change(s) to all of the products, please submit change form(s) for each of the relevant products.					
◆の項目はご登録いただいたいる管理責任者様のご署名、または記名および捺印が必要です。 (Please provide the signature or name and seal of the registered Authorising Officer for changes marked with "◆")					

送付先 Send the Completed form to:	〒105-8790 東京都港区芝郵便局私書箱 115号 アメリカン・エキスプレス・インターナショナル, Inc. カード事業部門 新規法人会員係 行 PO Box 115, Shiba Post Office, Minato-ku, Tokyo 105-8790 American Express International, Inc. Commercial Apps
------------------------------------	--