

様式1

マイナンバーカード出張申請受付申込書

太枠内をご記入ください

申込日	令和 年 月 日		
団体名			
団体等住所	門川町		
代表者名	担当者名		
	電話番号		
第一希望	令和 年 月 日 ()	午前 ・ 午後	時 分
第二希望	令和 年 月 日 ()	午前 ・ 午後	時 分
第三希望	令和 年 月 日 ()	午前 ・ 午後	時 分
申請会場			
申請者数	約 名	〔 申請予定者が概ね5名以上となるようお願いします 〕	
申請者名簿	別紙「マイナンバーカード出張申請受付者名簿（様式2）」のとおり。		
備考	<p>1 開庁日の午前9時30分から午後4時30分までで、希望日時を記載してください。</p> <p>2 業務の都合等により、希望日時以外での受付をお願いする場合があります。</p>		

お問い合わせ先	門川町町民課町民窓口係 TEL：0982-66-1145 FAX：0982-68-1010 E-mail：koseki@town.kadogawa.lg.jp
---------	--

.....
 << 町処理欄 >>

受付日	令和 年 月 日 ()		
実施日時	令和 年 月 日 ()	午前 ・ 午後	時 分
対応職員			
備考			