

マイナンバーカード出張申請申込書

申込日 令和 年 月 日

申込 団体名		代表者 氏名	役職名
			フリガナ
担当者 氏名	フリガナ	担当者 電話番号	
団体所在地 又は 担当者住所	〒 匝瑳市		
会場		会場 住所	<input type="checkbox"/> 所在地と同じ 異なる場合は、下記に記入してください。
			〒 匝瑳市
マイナンバーカード 申請人数(見込)	人		
希望日時	第1希望日: 月 日 午前・午後	<ul style="list-style-type: none"> ・実施希望日を記載してください。(祝日と12/28～1/6を除く) ・1団体あたり約2時間程度を予定しています。 	
	第2希望日: 月 日 午前・午後		
	第3希望日: 月 日 午前・午後		
備考欄			

【問い合わせ・申込書送付先】

〒289-2198
 匝瑳市八日市場ハ793番地2
 匝瑳市役所 市民課 戸籍班
 マイナンバー担当
 TEL 0479-73-0086(直通)
 FAX 0479-72-1116
 Email s-koseki@city.sosa.lg.jp