

阿見町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			TEL
			FAX
	E-Mail		
団体等住所	阿見町		
代 表 者 名	担 当 者 名		
	部 署 名 (内 線)		()
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 者 数	約 名	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> 対象は阿見町に住民登録がある人です 申請予定者が概ね5名以上となるようお願いします </div>	
申 請 会 場			

提 出 先	〒300-0392 阿見町中央一丁目1番1号 阿見町役場 町民課 マイナンバー係 宛 TEL : 029-888-1111 (内線127・705) E-mail: chominka-ofc@town.ami.lg.jp
-------	--

《町処理欄》

受 付 日	年 月 日 ()		
実 施 日 時	年 月 日 ()	午前 ・ 午後	時 分
派 遣 職 員			
備 考			