

マイナンバーカード出張申請受付申込書

令和 年 月 日

事業所名 ・団体名			
代表者(担当者) 氏名			
連絡先		TEL : FAX : メール :	
申請希望者数		人	
会場	名称		
	住所		
希望日時 A		月 日 ()	午前 ・ 午後
希望日時 B		月 日 ()	午前 ・ 午後
希望日時 C		月 日 ()	午前 ・ 午後

※ 日時調整のため、連絡先 TEL にご連絡いたします。

※ 申請者一覧表は、日程調整後に提出していただきます。

《申し込み先》 中井町役場 税務町民課 窓口保険班
〒259-0197 中井町比奈窪56
電話:0465-81-1114 FAX:0465-81-4676
メール:choumin@town.nakai.kanagawa.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
派遣職員	
備考	