

様式1

大崎町マイナンバーカード出張申請受付申込書

申込日：令和 年 月 日

(提出先) 大崎町長 様

大崎町マイナンバーカード出張申請受付実施要領に従って実施することに同意し、下記のとおり申し込みます。

太枠内をご記入ください

団体名等 (個人の場合は氏名)	TEL		
	FAX		
	E-Mail		
団体等住所	大崎町		
代表者名 (個人の場合は不要)	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
申請者数	約 名	対象は大崎町に住民登録がある方に限ります。	
申請会場名			
申請会場所在地			
写真撮影ブース数	箇所		
誓約事項	1 本件で知り得た申請に係る個人番号に関する情報の管理を徹底いたします。 2 出張申請受付業務がスムーズに行えるよう、申請者への周知徹底、場所の確保及び当日の進行等は申込団体等において実施します。		

申込先	〒899-7305 大崎町仮宿1029番地 大崎町住民環境課「マイナンバーカード窓口」宛 TEL : 099-476-1111 FAX : 099-476-1169 E-mail : chomin@town.kagoshima-osaki.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	
派遣職員				
確認事項	No.1 ㊦	No.2	No.3	No.4
備考				