

内子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			
担当者氏名	(ふりがな)		
連 絡 先	電話		
	FAX		
	E-mail		
申請予定人数	約 名		
会 場	住 所	内子町	
	名 称		
希 望 日	第 1 希望日	令和 年 月 日 (曜日)	時 分頃～
	第 2 希望日	令和 年 月 日 (曜日)	時 分頃～
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において実施します。		

※希望日時を参考に実施日を検討します。

申し込み多数の場合は、希望日以外での受付をお願いする場合があります。

◆申込先／内子町役場 内子総合窓口センター マイナンバー係

所 在 地	〒791-3392 内子町内子 1 5 1 5 番地
電 話	0 8 9 3 － 4 4 － 2 1 1 2 (代表)
FAX	0 8 9 3 － 4 4 － 6 1 3 5
E-mail	

《町処理欄》

受 付 日	令和 年 月 日 ()	受付	
実施日時	令和 年 月 日 () 時 分～	連絡	/
派遣職員			
備 考			