

マイナンバーカード出張申請受付サービス申込書 【 団 体 用 】

年 月 日

高千穂町長 様

申込企業・団体名

(フリガナ)

代表者氏名

下記のとおり、申込みます。

申請受付	希望日時	第1希望	年	月	日	時	分～
		第2希望	年	月	日	時	分～
	会場名・所在地	<input type="checkbox"/> 下記「所在地等」と同じ					
		<input type="checkbox"/>					
	申請者数	約 名					
	申請者名簿	別添名簿のとおり					
連絡先	電話番号						
	担当者氏名						
	所在地 (書類送付先)						

【備考】

※ 開庁日の9：30から17：00までで、希望日時を記載してください。

それ以外の日時をご希望の場合は、ご相談ください。

※ 申込み多数の場合は、希望日時以外での受付をお願いする場合があります。

※ 会場は高千穂町内に限ります。

【問い合わせ先】

高千穂町町民生活課

担当：町民係

電話：(0982) 73-1203