マイナンバーカード出張申請受付申込書

令和　 　年　　 月　　 日

|  |  |
| --- | --- |
| 企業・団体名 |  |
| （ふりがな）代表者氏名 |  |
| 企業所在地 | 　　　 |
| 電話番号等 | TEL：FAX：e-mail：担当者： |
| 会場名・所在地 | □上記「企業所在地」と同じ□ |
| 希望日時 | 第1希望：令和　 　年 　 　月　 　日　　　　　時から第２希望：令和　 　年　 　月　 　日　　　　　時から |
| 申請人数 | 人（小浜市民に限る） |

※希望日時は、平日の午前9時30分から11時30分までと午後2時00分から4時30分までの間で記載してください。（その他の時間帯を希望される場合はお問合せください。）

※会場は、小浜市内に限ります。

※日時の調整等のため、後日、市民福祉課よりお電話にてご連絡いたします。

【お問い合わせ先】

〒917－8585　小浜市大手町６番３号

小浜市役所　市民福祉課　福祉総務G

電話番号：64－6017　ＦＡＸ：53－1016

メール：shiminfukushi@city.obama.lg.jp