（様式１）

**マイナンバーカード出張申請受付申込書**

以下の欄を記入し、お申し込みください。

申込日　　　　年　　　月　　　日

◆申込者情報

|  |  |
| --- | --- |
| 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（別紙「申請希望者リスト」のとおり） |
| 会　　　場 | 住　　所 | 坂出市 |
| 名　　称 |  |
| 希　望　日 | 第１希望日 | 年　　月　　日（　　曜日）　　時　　分頃～ |
| 第２希望日 | 年　　月　　日（　　曜日）　　時　　分頃～ |

　※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

坂出市役所　市民課　市民係

|  |  |
| --- | --- |
| 所　在　地 | 〒762-8601　　坂出市室町二丁目３番５号 |
| 電　　　話 | ０８７７-４４-５００５（直通） |
| FAX | ０８７７-４６-４５１１ |
| E-mail | siminka@city.sakaide.lg.jp |