

佐渡市マイナンバーカード出張申請申込書

申込日：令和 年 月 日

(提出先) 佐渡市長 様

佐渡市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、下記のとおり申請を申し込みます。

太枠内をご記入ください

企業・団体名 地区名 等			TEL	
			FAX	
			E-Mail	
団体等住所	佐渡市			
代 表 者 名			担 当 者 名	
			部 署 名	
第 一 希 望	年 月 日 () 午前 ・ 午後 時 分			
第 二 希 望	年 月 日 () 午前 ・ 午後 時 分			
第 三 希 望	年 月 日 () 午前 ・ 午後 時 分			
申 請 者 数	約 名	〔 対象は佐渡市に住民登録がある人です 申請予定者が概ね5名以上となるようお願いしま す 〕		
申 請 会 場 〔 〇〇(株)会議室 〇〇集会所 など 〕				
そ の 他	申請者の住所・氏名・生年月日は別紙「マイナンバーカード出張申請者名簿（様式2）」のとおり。			
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	〒952-1292 佐渡市千種2 3 2 番地 佐渡市役所市民生活部市民課戸籍係「マイナンバーカード出張申請受付」宛 TEL：0259-63-5112（直通） FAX：0259-63-5120 E-mail：s-shimin@city.sado.niigata.jp
-------	--

＜市処理欄＞

受 付 日	年 月 日 () 午前 ・ 午後 時 分			
実 施 日 時	年 月 日 () 午前 ・ 午後 時 分			
派 遣 職 員				
備 考				