

# 薩摩川内市マイナンバーカード出張申請受付申込書

令和 年 月 日

事業所名 ・団体名			
担当部署名、 担当者役職・ 代表者氏名			
連絡先		TEL FAX	
申請希望者数		人	
会場	名称		
	住所		
希望日時 1	月 日 ( )	午前 ・ 午後	
希望日時 2	月 日 ( )	午前 ・ 午後	
希望日時 3	月 日 ( )	午前 ・ 午後	

- ※ 日時調整のため、連絡先 TEL にご連絡いたします。
- ※ 申請者一覧表は、日程調整後に提出していただきます。

問合せ・提出先  
〒895-8650  
薩摩川内市神田町 3 番 2 2 号  
薩摩川内市市民課 企画総務グループ  
TEL 0996 - 23 - 5111 (内線 2561)  
FAX 0996 - 27 - 1932  
E-mail : sh-kikakusomu@city.satsumasendai.lg.jp