

「うおぬま・米(まい)ねっとカード」再交付申請書

(申請先) 特定非営利活動法人 魚沼地域医療連携ネットワーク協議会 あて

下記のとおり、うおぬま・米ねっとカードの再交付を申請します。

【加入者記載欄】				申請日		年		月		日	
(フリガナ)											
加入者氏名		(氏)				(名)				性別 男・女	
生年月日		大正・昭和・平成・令和				年		月		日生	
住所		〒 -				市・町・村					
電話番号		()				※市外局番からご記入下さい ※携帯電話でも可					
うおぬま米ねっと ID番号						※不明な場合は、 空欄にして下さい					
再発行の理由		再発行の理由に該当する□に✓を付けて下さい。									
		<input type="checkbox"/> 紛失									
		<input type="checkbox"/> 破損 ※破損の場合は、カードを添付して下さい。									
		<input type="checkbox"/> その他 ()									

代理記入者 (加入者以外の方が 記入する場合)	代理人 氏名	(名字)	(名前)	(続柄)
	電話番号	()		

カード送付先が上記住所と異なる場合に記載してください。

〒 -

..... 【以下受付窓口・事務局処理欄】 申請者は以下の欄には記入をしないで下さい。

受付窓口	受付機関名							受付者				免・保・旅・力・診・身 他 ()	
事務局	ID							受付	点検	承認	交付	年 月 日	