

(長期入院者用)

個人番号カード顔写真証明書

令和 年 月 日

大山町長 様

(申請者本人)

氏名			
住所	鳥取県西伯郡大山町		
生年月日		性別	男・女
電話番号			

申請者本人
の顔写真
貼付欄

私は、上記個人番号カード交付申請者が、貼付した写真の者と同一人物であることを証明します。

(医療機関の長記載)

医療機関名	
所在地	
氏名	
電話番号	