# （別紙２）

# 紛 失 届

坂井健康福祉センター所長 様

私は、当事業所における「坂井地区　医療・介護サービス空き情報共有システム（仮称）」の利用において、知り得た個人情報（入力用URL等も含む）を下記の理由にて紛失いたしましたので、再発行をお願いいたします。

令和 年 月 日

（理由）

事業所名：

所属長名：