# （別紙４）

# 登 録 取 消 届

坂井健康福祉センター所長 様

私は、「坂井地区　医療・介護サービス空き情報共有システム（仮称）」における当事業所の登録について、下記の理由にて取り消しますので、お願いいたします。

また、登録中に知り得た個人情報（入力用URL等も含む）については、情報の適切な取扱い方針を遵守し、適正に管理します。

令和 年 月 日

（理由）

事業所名：

所属長名：