

亡失申立書

年 月 日

枚方市保健所 様

住 所

氏 名

私は 確認済みの証 をつぎのとおり亡失いたしました。

なお、亡失した 確認済みの証 を発見した場合は必ず返納いたします。

記

1. 亡失年月日
2. 亡失場所
3. 亡失の理由（具体的に）