|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 令和 |  | 年 |  | 月 |  | 日 |

（宛先）大田区保健所長

|  |  |
| --- | --- |
| 住所 |  |
| 氏名 |  | 印 |
| 生年月日 |  |
| 被相続人との続柄 |  |

地 位 の 承 継 に つ い て の 同 意 書

私は、下記のとおり、相続人が地位を承継することに同意します。

記

　　１　承継の対象

　　　　[ ] 食品衛生法に基づく営業許可　[ ] 食品衛生法に基づく営業の届出

|  |  |
| --- | --- |
| 被相続人 |  |
| （　　　　年　　月　　日　死亡） |
| 施設所在地 | 東京都大田区 |
| 営業所の名称 |  |
| 番号及び年月日 | 営業の種類（又は営業の形態） |
| １ | 保生食　　第　　　　号　　年　　月　　日 |  |
| ２ | 保生食　　第　　　　号　　年　　月　　日 |  |
| ３ | 保生食　　第　　　　号　　年　　月　　日 |  |

　　２　相続人（地位を承継する者）

|  |  |
| --- | --- |
| 相続人の氏名 |  |