

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		
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	
--------	--