

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

東京都ふぐの取扱い規制条例に基づくふぐ加工製品の取扱いに係る届出

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		
ふぐ加工製品届の番号及び年月日	第 号	年 月 日	

2 相続人 (地位を承継する者)

相続人の氏名	
--------	--