

____年 ____月 ____日

品川区保健所長 あて

許可営業者の地位の承継についての同意書

- 1 住所 _____
氏名 _____
生年月日 _____年 ____月 ____日生
被相続人との続柄 _____
- 2 住所 _____
氏名 _____
生年月日 _____年 ____月 ____日生
被相続人との続柄 _____
- 3 住所 _____
氏名 _____
生年月日 _____年 ____月 ____日生
被相続人との続柄 _____

私は、品川区 _____ で、

(被相続人) _____ が取得していた食品衛生法に基づく

(営業の種類) _____

(番号および許可年月日) _____ 第 _____ 号 _____ 年 _____ 月 _____ 日

(屋号または商号) _____

について、同人が _____ 年 _____ 月 _____ 日に死亡したことにより、

その許可営業者の地位を、 _____ が承継することに同意

します。