

年 月 日

江戸川保健所長 殿

## 営業の地位承継についての同意書

住 所

氏 名

生年月日 年 月 日生

被相続人との続柄 ( )

下記の施設において、被相続人が 年 月 日、死亡したことにより、  
その営業の地位を相続人である が承継する事に同意します。

記

施設 の 名 称

施設 の 所 在 地 東京都江戸川区

被相続人の氏名

(注意) 氏名欄には記名押印または署名