

年 月 日

江戸川区江戸川保健所長 殿

(許可・届出) 営業者の地位の承継についての同意書

- 1 被相続人の氏名
- 2 被相続人の住所
- 3 相続開始の年月日 年 月 日
- 4 施設の所在地
- 5 営業の種類・形態
- 6 現に受けている営業許可の番号及び年月日 (営業届出は記入不要)
第 号 年 月 日

上記営業者の地位を _____ が承継することに同意します。

住 所

氏 名 (自署)

生年月日

被相続人との続柄

住 所

氏 名 (自署)

生年月日

被相続人との続柄

住 所

氏 名 (自署)

生年月日

被相続人との続柄