

年 月 日

台東保健所長 殿

許可営業者の地位の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 \_\_\_\_\_

私は、(営業所所在地) 台東区 \_\_\_\_\_ 丁目 \_\_\_\_\_ 番 \_\_\_\_\_ 号で

(被相続人) \_\_\_\_\_ が取得していた 食品衛生法に基づく営業許可・届出

屋号又は商号 \_\_\_\_\_

営業の種類 \_\_\_\_\_

許 可 番 号 \_\_\_\_\_ 第 \_\_\_\_\_ 号

許 可 年 月 日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

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、(相続人) \_\_\_\_\_ が承継することに同意します。