　　年　　月　　日

新宿区保健所長

開設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

　　　　　　　　　　　　（営業所所在地）　　　　（被相続人）

　私は、東京都新宿区　　　　　　　　　　　　で　　　　　　　　　　が取得していた

　（　　　　　　　　）に基づく確認

営業の種類

名称

番号及び確認年月日

　について、同人が　　　　年　　月　　日に死亡したことにより、その開設者の地位を、

（相続人）

　　　　　　　　　　が承継することに同意します。