

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。