

年 月 日

新宿区保健所長 宛て

許可営業者の地位の承継についての同意書

同意者住所 _____

同意者氏名 _____

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日生

被相続人との続柄 (_____)

(営業所所在地)

町 丁目 番 号

(被相続人)

私は、新宿区

(ビル名等)

において、 _____ が取得していた

階

営業の種類・形態 _____

営業所の名称 _____

番 号 _____ 新保衛食第 _____ 号

許可等年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

食品衛生法に基づく営業

について、同人が _____ 年 _____ 月 _____ 日に死亡したことにより、

(相続人)

その許可営業者の地位を _____ が承継することに同意します。