

処理コード：

相続地位承継に係る同意書

令和 年 月 日

(あて先) 東大阪市保健所長

相続人の住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

相続人の住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

相続人の住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

相続人の住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

下記の者が食品営業許可者の地位を承継することに同意します。

施設名称 \_\_\_\_\_

施設所在地 \_\_\_\_\_

1 被相続人 住所

氏名

2 食品営業許可者の地位を承継すべき相続人として選定された者

住所

氏名

注意 相続人の住所・氏名の欄は、営業者の地位を承継すべき相続人として選定された者  
以外の相続人全員が署名・捺印すること。捺印は認印で可。