

年 月 日

目黒区保健所長あて

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
被相続人との続柄

(営業所所在地)

(被相続人)

私は、東京都目黒区で_____が取得していた

食品衛生法に基づく 営業の種類・形態：
屋号又は商号：
番 号： 目健衛食ほ第 号
許可等年月日： 年 月 日

(相続人)

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、_____

が承継することに同意します。