

年 月 日

東京都北区保健所長 殿

相続人住所 \_\_\_\_\_

相続人氏名 \_\_\_\_\_

被相続人との続柄 \_\_\_\_\_

## 同 意 書

被相続人 \_\_\_\_\_ の下記施設の開設者の地位を相続人 \_\_\_\_\_ が承継することについて同意します。

### 記

1、 施設の名称

2、 施設の所在地  
東京都北区