

年 月 日

東京都北区保健所長 殿

営業者の地位の承継についての同意書

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ (印)

生年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日

被相続人との続柄 \_\_\_\_\_

(営業所所在地)

(被相続人)

私は、東京都北区 で \_\_\_\_\_ が取得していた

食品衛生法に基づく  
営業許可  
営業届出

営業の種類	_____
屋号又は商号	_____
番号及び年月日	_____

\_\_\_\_\_ について、

同人が \_\_\_\_\_ 年 月 日に死亡したことにより、その営業者の地位を、\_\_\_\_\_ が

承継することに同意します。