

令和 年 月 日

墨田区保健所長 あて

許可・届出営業者の地位承継についての同意書

住所 _____

氏名 _____

生年月日 _____ 年 月 日生

被相続人との続柄 _____

私は、(施設の所在地) **墨田区** _____ 丁目 番 _____ 号 _____ で

(被相続人) _____ が許可を受けた(届出をした)食品衛生法に基づく

営業等 {
 屋号又は商号 _____
 営業の種類 _____
 番号及び許可年月日 _____ 第 _____ 号 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ } について、

同人が _____ 年 _____ 月 _____ 日に死亡したことにより、その許可・届出営業者の地位を、

(相続人) _____ が承継することに同意します。