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

**屋号又は商号**

営業等　　**営業の種類**　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　 　 について、

**番号及び許可年月日　　　　 　 第　　　 号 　　 年 　 月　　日**

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。