

令和 年 月 日

渋谷区保健所長 殿

営業者の地位の承継についての同意書

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

年 月 日生

被相続人との続柄 ( \_\_\_\_\_ )

私は、(施設の所在地) \_\_\_\_\_ で

(被相続人) \_\_\_\_\_ が行っていた食品衛生法に基づく営業

{ 営業の種類・形態 : \_\_\_\_\_  
施設 の 名 称 : \_\_\_\_\_  
番 号 : \_\_\_\_\_ 第 \_\_\_\_\_ 号  
許 可 等 年 月 日 : \_\_\_\_\_ 年 月 日 }  
\_\_\_\_\_

について、同人が令和 年 月 日に死亡したことにより、その営業者の地位を

(相続人) \_\_\_\_\_ が承継することに同意します。