

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 _____
記名押印又は署名

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。