

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。