

令和 年 月 日

葛飾区保健所長 あて

許可営業者の地位の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、_____が取得していた 食品衛生法に基づく下記の施設
の営業許可・営業届について、同人が _____ 年 月 日に死亡した
ことにより、その許可営業者の地位を _____ が承継する
ことに同意します。

記

施設の所在地		葛飾区	丁目	番	号
施設の名称等					
現に受けている営業許可の番号及び許可年月日 ※許可営業の場合のみ記入					営 業 の 種 類
1	第	号	年	月	日
2	第	号	年	月	日
3	第	号	年	月	日
4	第	号	年	月	日
5	第	号	年	月	日