

年 月 日

相 続 同 意 証 明 書

葛飾区保健所長あて

証明者の住所 _____

氏名 _____

証明者の住所 _____

氏名 _____

証明者の住所 _____

氏名 _____

証明者の住所 _____

氏名 _____

(相続人)

_____が、下記施設の営業者又は開設者の地位を承継することに同意します。

記

施設名称 _____

施設所在地 葛飾区 _____

被相続人の氏名 _____

業種 _____

※ 証明者の氏名については、営業者又は開設者の地位を承継すべき相続人として選定されたもの以外の相続人全員が署名すること。