

ふぐ処理業に係る相続同意書

年 月 日

吹田市保健所長宛

相続人 住 所

氏 名

住 所

氏 名

住 所

氏 名

住 所

氏 名

住 所

氏 名

次のとおりふぐ処理業の営業者の地位の承継に同意します。

被相続人	住所	
	氏名	
営業を承継すべき相続人として選定された者	住所	
	氏名	

(注) 相続人の住所及び氏名の欄は、営業者の地位を承継すべき相続人として選定された者以外の相続人全員が署名（本人が手書きしない場合は、記名押印してください。）

(注) 相続人全員が確認できる戸籍全部事項証明書（戸籍謄本）を添付してください。