

相続同意書

年 月 日

吹田市保健所長宛

相続人の住所

氏名

下記の者が食品衛生法に係る営業者の地位を承継することに同意します。

1 被相続人 住所
氏名

2 食品衛生法に係る営業者の地位を承継すべき相続人として選定された者
住所
氏名

※「相続人の住所、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。）