

# 食品営業者相続同意書

尼崎市保健所長あて

次のとおり食品営業者の地位を承継することについて同意します。

1 被相続人の氏名及び住所

氏名

住所

2 食品営業者の地位を承継すべき相続人として選定されたものの氏名及び住所

氏名

住所

3 上記2の相続人が相続する食品営業施設の所在地、名称及び営業の種類

所在地

尼崎市

名称

営業の種類

4 (行方が知れない等同意を求めることができない相続人がある場合)

同意を求めることができない相続人の氏名及びその理由

氏名

理由

5 同意者氏名

同意年月日	住所	氏名	印
年 月 日			
年 月 日			
年 月 日			
年 月 日			

同意者の氏名の部分は、営業者の地位を承継する者以外の相続人全員が記名押印してください。