

年 月 日

(宛先) 大田区保健所長

住 所

氏 名

印

生 年 月 日

被相続人との続柄

地位の承継についての同意書

(営業所所在地、加工製品取扱施設の所在地)

(被相続人)

私は、_____で_____が

取得していた $\left(\begin{array}{c} \text{食 品 衛 生 法} \\ \text{食 品 製 造 業 等 取 締 条 例} \\ \text{東京都ふぐの取扱い規制条例} \end{array} \right)$ に基づく $\left(\begin{array}{c} \text{営 業 許 可} \\ \text{届 出} \end{array} \right)$

営 業 の 種 類

屋号又は商号
(加工製品取扱施設の名称)

許可番号及び年月日
(届出番号)

について、同人が _____ 年 _____ 月 _____ 日に死亡したことにより、その $\left(\begin{array}{c} \text{許 可 営 業 者} \\ \text{届 出 者} \end{array} \right)$

の地位を_____が承継することに同意します。