

# 営業許可承継同意書

年 月 日

豊田市保健所長 様

同意者氏名

印

下記のとおり、許可営業者の地位の承継について同意します。

## 記

### 1 被相続人の住所及び氏名

住 所

氏 名

### 2 許可営業者の地位を承継すべき相続人として選定された者の住所及び氏名

住 所

氏 名

### 3 承継すべき営業の種類及び施設の名称並びに所在地

営業の種類

許可番号

営業許可年月日

営業施設の名称

営業施設の所在地