

食品営業許可に係る相続同意書

年 月 日

(あて先) 八尾市保健所長

(相続人)

住 所
氏 名
連絡先

(相続人)

住 所
氏 名
連絡先

下記の者が食品許可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
住所
氏名

※「相続人の住所、氏名、連絡先」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をすること。なお、本人が自著しない場合のみ、押印が必要です。