

年 月 日

中野区保健所長 殿

### 許可等営業者の地位承継についての同意書

住 所：

氏 名：  
記名押印又は自署

生年月日：

被相続人との続柄：

私は、〈被相続人〉 \_\_\_\_\_ が取得していた食品衛生法に基づく下記の施設の  
営業許可等について、同人が \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日に死亡したことにより、その許可等営業  
者の地位を、〈相続人〉 \_\_\_\_\_ が承継することに同意します。

#### 記

| 施設の所在地                       |                                   | (自動車において調理する営業の場合は、当該自動車の自動車登録番号) |  |  |
|------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|--|--|
| 施設の名称、屋号、商号                  |                                   |                                   |  |  |
| 許可の番号及び許可年月日<br>※許可営業の場合のみ記入 |                                   | 営業の種類                             |  |  |
| 1                            | 第 _____ 号 _____ 年 _____ 月 _____ 日 |                                   |  |  |
| 2                            | 第 _____ 号 _____ 年 _____ 月 _____ 日 |                                   |  |  |
| 3                            | 第 _____ 号 _____ 年 _____ 月 _____ 日 |                                   |  |  |
| 4                            | 第 _____ 号 _____ 年 _____ 月 _____ 日 |                                   |  |  |
| 5                            | 第 _____ 号 _____ 年 _____ 月 _____ 日 |                                   |  |  |
| 備考                           |                                   |                                   |  |  |

以上