

見 本

相続による許可営業者地位承継同意書

年 月 日

福岡県 保健福祉（環境）事務所長 殿

同意者 住所  
氏名 印

同意者 住所  
氏名 印

同意者 住所  
氏名 印

下記のとおり、許可営業者の地位の承継に同意します。

記

被相続人	住所		
	氏名		
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		
営業施設	所在地		
	名称		
	営業の種類	許 可 番 号	許可年月日
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

注) 同意者氏名は署名（自著）して下さい。