

# 食品衛生営業承継相続人選定同意書

令和 年 月 日

熊本市保健所長 様

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日

次のとおり 食品衛生法に基づく営業を承継すべき相続人を選定することに同意します。

1 被相続人の氏名及び住所

2 食品営業を承継すべき相続人として選定された者の氏名及び住所

備考 氏名（法人の場合は代表者名）を自署する場合、押印は不要です。