

開設者相続同意証明書

年 月 日

(宛先) 名古屋市保健所長

証明者氏名

下記のとおり、理容所の開設者について相続がありましたことを証明します。

記

施 設	名 称	
	所在地	
被 相 続 人	住 所	
	氏 名	
理容所の開設者の地位を承継すべき相続人として選定された方	住 所	
	氏 名	

注 証明者氏名の部分は、開設者の地位を承継すべき相続人として選定された方以外の相続人全員が自署してください。