

営業者相続同意証明書

年 月 日

(宛先) 名古屋市保健所長

証明者氏名

下記のとおり、無店舗取次店の営業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	
無店舗取次店の 営業者の地位を 承継すべき相続 人として選定さ れた方	住 所	
	氏 名	

- 注 1 証明者氏名の部分は、営業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。
- 2 無店舗取次店の場合、施設の名称の部分は無店舗取次店の名称を、施設の所在地の部分は業務用車両の保管場所及び自動車登録番号又は車両番号を記載してください。