

# 営業者相続同意証明書

平成 年 月 日

長崎県北保健所長 様

証明者氏名

印

次のとおり下記営業の営業者について相続がありましたことを証明します。

1 被相続人の氏名及び住所

氏 名

住 所

2 下記営業の営業者の地位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

氏 名

住 所

記

営業者の氏名		
営業所の所在地		
営業所の名称等		
	許可番号	営業の種類 (種別)
1		
2		
3		
4		
5		