

年 月 日

江東区保健所長 殿

同 意 書

住所

氏名

印

年

月

日生

被相続人との続柄

電話番号

(

)

私は、下記施設の開設者、営業者又は経営者の地位を_____
が承継することに同意します。

記

- 1 開設者、営業者又は経営者氏名
- 2 開設者、営業者又は経営者住所
- 3 施設の名称
- 4 施設の所在地 江東区
- 5 営業の種類
- 6 許可・確認番号及び許可・確認年月日

江 環き第 号
年 月 日