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