

営業相続同意証明書

年 月 日

(あて先) 奈良市保健所長

証明者氏名

営業許可を承継しない相続権のある人
全員の署名または記名・押印が必要です。(印)
(1人1枚)

次のとおり 承継する施設名称 の営業について相続がありましたことを証明します。

被相続人住所	前営業者の住所地
被相続人氏名	前営業者の氏名
<u>承継する施設名称</u> 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	
相続人住所	営業許可を承継する者の住所
相続人氏名	営業許可を承継する者の氏名

※ 証明者氏名の部分は、上記営業者の地位を承継すべき相続人として、選定された者以外の相続人全員が署名または記名・押印すること。