

## 同意書

年 月 日 の死亡により、  
その者の許可営業者の地位を \_\_\_\_\_ が承継することに同意します。

水戸市保健所長 様

年 月 日

相続人住所

氏名 ⑩

生年月日 年 月 日生

相続人住所

氏名 ⑩

生年月日 年 月 日生

相続人住所

氏名 ⑩

生年月日 年 月 日生

相続人住所

氏名 ⑩

生年月日 年 月 日生