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　　　　　　　　　　　　　　　㊞

　　　　　　　　　　　　　　　　生年月日　　　　　　年　　月　　日生

　　　　　　　　　　　　　相続人住所

　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　㊞

　　　　　　　　　　　　　　　　生年月日　　　　　　年　　月　　日生

　　　　　　　　　　　　　相続人住所

　　　　 氏名　　　　　　　　　　　　　　　㊞

　　　　 生年月日　　　　　　年　　月　　日生

　 相続人住所

 氏名　　　　　　　　　　　　　　　㊞

　　　　　　　　　　　　　　　　生年月日　　　　　　年　　月　　日生