

食品営業者相続同意証明書

年 月 日

(宛先) 新潟市保健所長

証明者 住 所

氏 名

次のとおり食品営業者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
	氏名
相続人として 選定された者	住所
	氏名

備考

証明者氏名の部分は、食品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記名すること。