

地位承継同意書

年 月 日

豊橋市保健所長 様

同意者 住所

氏名

年 月 日生

下記のとおり、理容所 美容所 の開設者の地位の承継について同意します。

記

- 1 被相続人の住所、氏名及び生年月日

住所

氏名

年 月 日生

- 2 開設者の地位を承継すべき相続人として選定された者の住所、氏名及び生年月日

住所

氏名

年 月 日生

- 3 開設者の地位の承継を行う施設の名称、所在地及び確認番号

名 称

所 在 地

確認番号