

地位の承継相続同意証明書

年 月 日

仙台市保健所長 あて

証明者住所

氏名

(本人が手書きしない場合は、記名押印)

次のとおりクリーニング所・無店舗取次店の営業者の地位の承継について相続がありましたことを証明します。

1 被相続人の氏名及び住所

氏 名

住 所

2 クリーニング所・無店舗取次店の営業者の地位を承継すべき相続人として選任された者の氏名及び住所

氏 名

住 所