

## 営業者承継同意証明書

年 月 日

神戸市保健所長 あて

相続人全員は、次のとおり営業者の地位を承継することに同意したことを証明する。

証明者氏名

営業の地位の 承継をする者	氏 名	
	住 所	
被 相 続 人	氏 名	
	住 所	
営 業 施 設	名 称	
	所 在 地	

(注意)

- 1 証明者氏名の欄は、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署名捺印してください。
- 2 この営業承継同意証明書は、営業者の地位を承継することに関する同意証明であり、遺産の分割協議ではありません。