

同意書

年 月 日

枚方市保健所長 様

相続人の住所

氏名

印

相続人の住所

氏名

印

相続人の住所

氏名

印

相続人の住所

氏名

印

下記のとおり、理容所の開設者の地位を承継することに同意します。

記

1 被 相 続 人

住所

氏名

承継する理容所の名称

〃 所在地

2 理容所の開設者の地位を承継する相続人

住所

氏名

【注】相続人の住所・氏名の欄は、理容所の開設者の地位を承継した者以外の相続人全員が署名、捺印すること