

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、無店舗取次店の営業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

承継する無店舗取次店の名称

〃 業務用車両保管場所
自動車登録番号（若しくは車両番号）

2 無店舗取次店の営業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、無店舗取次店の営業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