

相 続 同 意 書

広島市保健所長 宛

相続人の住所及び氏名（法定相続人全員の住所及び氏名を記載してください。）

住 所	
氏 名	
住 所	
氏 名	
住 所	
氏 名	
住 所	
氏 名	
住 所	
氏 名	

※記載欄が不足する場合は、別紙に記載してください。

次の施設又は事業について、次の者を開設（営業）者の地位を承継する相続人として選定することに同意します。

被相続人 (故人)	住 所	
	氏 名	
施設・事業 対象の	種 別	<input type="checkbox"/> 理容所 <input type="checkbox"/> 美容所 <input type="checkbox"/> クリーニング所 <input type="checkbox"/> 興行場 <input type="checkbox"/> 公衆浴場 <input type="checkbox"/> 旅館業 <input type="checkbox"/> 温泉（ <input type="checkbox"/> 浴用・ <input type="checkbox"/> 飲用）
	名 称	
	所 在 地	〒 広島市 区
地位を承継 する相続人	住 所	
	氏 名	
<input type="checkbox"/> 他の相続人全員に対して、私が相続することに同意していることを確認しています。他の相続人から異議等があった場合は、私が責任をもって処理いたします。		

には、該当する場合にをしてください。