

令和 年 月 日

東京都多摩立川保健所長 殿

開設者の地位承継についての同意書

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

生年月日 \_\_\_\_\_

被相続人との続柄 \_\_\_\_\_

私は、施設名称： \_\_\_\_\_

施設所在地： \_\_\_\_\_ で

被相続人： \_\_\_\_\_ が取得していた理容師法に基づく開設者の

地位について、同人が令和 年 月 日に死亡したことにより、

その地位を 相続人： \_\_\_\_\_ が承継することに同意します。