

理容所開設者相続同意証明書

年 月 日

福山市保健所長 様

証明者名前

印

次のとおり理容所の開設者の地位について相続がありましたことを証明します。

理 容 所	名 称	
	所 在 地	
	確認番号及び 確認年月日	指令 第 号 年 月 日
被 相 続 人	名 前	
	住 所	
理容所の開設者の地位を 承継すべき相続人として 選定された者	名 前	
	住 所	

注 証明者名前は、理容所の開設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押印すること。