

可燃性天然ガス濃度確認の地位の相続同意証明書

年 月 日

長野市保健所長 宛

証明者氏名及び続柄

⑩・

⑩・

⑩・

⑩・

⑩・

次のとおり可燃性天然ガスの濃度の確認を受けた地位の相続がありましたことを証明します。

1. 被相続人の氏名及び住所

氏名 _____

住所 _____

2. 可燃性天然ガスの濃度の確認を受けた地位を承継すべき相続人として選定されたものの氏名及び住所

氏名 _____

住所 _____

*証明者氏名の欄は、可燃性天然ガスの濃度の確認を受けた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記名捺印すること。