

# 理容所開設者相続同意証明書

年 月 日

(宛先) 長野市保健所長

証明者氏名及び続柄

\_\_\_\_\_  
⑩・

\_\_\_\_\_  
⑩・

\_\_\_\_\_  
⑩・

\_\_\_\_\_  
⑩・

\_\_\_\_\_  
⑩・

次のとおり理容所の開設者について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. 理容所開設者の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、理容所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記名捺印すること。