

# 同 意 書

\_\_\_\_\_の相続を

\_\_\_\_\_に承継することを同意します。

(全相続人の署名および印鑑押印)

年 月 日

市立函館保健所長 様

添付書類：戸籍謄本（被相続人と相続人が全部わかるもの）  
場合によっては、改製原戸籍謄本が必要です。