

様式第三の四（第十条の二関係）

相 続 証 明 書

年 月 日

福井県 健康福祉センター所長 様

証明者

氏名又は名称及び住所並びに法人
にあつてはその代表者の氏名

氏名又は名称及び住所並びに法人
にあつてはその代表者の氏名

次のとおり特定工場における公害防止組織の整備に関する法律第3条第3項（第4条第3項、第5条第3項、第6条第2項において準用する第3条第3項）の規定による届出をした特定事業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

2 特定工場における公害防止組織の整備に関する法律第3条第3項（第4条第3項、第5条第3項、第6条第2項において準用する第3条第3項）の規定による届出をした特定事業者の地位を承継した者の氏名及び住所

3 相続開始の年月日

備考 1 用紙の大きさは、日本産業規格A4とすること。

2 証明者は、2人以上とすること。