**不在者投票代理投票者一覧**

指定病院（施設）名　（ ）

不在者投票管理者名　（ 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

**※　代理投票者がいない場合は「該当なし」と記入してください。**

**※　この一覧は、該当の有無にかかわらず、必ず他の書類と一緒に返送してください。**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 選挙人氏名 | （事務従事者）代理記載人氏名 | （事務従事者）補助者氏名 | 立会人氏名 | 投票日 |
|  |  |  |  | ・ |
|  |  |  |  | ・ |
|  |  |  |  | ・ |
|  |  |  |  | ・ |
|  |  |  |  | ・ |
|  |  |  |  | ・ |
|  |  |  |  | ・ |
|  |  |  |  | ・ |
|  |  |  |  | ・ |
|  |  |  |  | ・ |
|  |  |  |  | ・ |
|  |  |  |  | ・ |
|  |  |  |  | ・ |
|  |  |  |  | ・ |
| 計　　　　名 |  |