病院等内部資料

不在者投票立会人の選任について

　　　　　年　　月　　　日執行の　　　　　　　　　　　　選挙の当病院（当施設）における不在者投票につき、次のとおり立会人を選任します。

|  |  |
| --- | --- |
| 立　会　人　氏　名 | 住　　　　　　　　　　　所 |
|  |  |

　　　　　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　名　　称

　　　　　　　　　　　　不在者投票管理者

　　　　　　　　　　　　職・氏　　　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　印

上記の立会人になることを承諾します。

　　　　　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印