病院等内部資料

代理投票の補助者の選任について

　　　　　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、次のとおり代理投票の補助者を選任します。

|  |  |
| --- | --- |
| 補　助　者　氏　名 | 住　　　　　　　　　　　所 |
|  |  |
|  |  |

　　　　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　名　　称

　　　　　　　　　　　　不在者投票管理者

　　　　　　　　　　　　職・氏　　　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　印

上記の者の選任につき、同意いたします。

　　　　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　不在者投票立会人氏名　　　　　　　　　　　　　　　印

上記の代理投票の補助者となることを承諾します。

　　　　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　　印