

令和 年 月 日執行

選挙 代理投票処理簿

病院等の所在地 _____

病院等の名称 _____

不在者投票管理者氏名 _____ 印

選挙人名簿登録地 市 町 村 名		木城町							
一連 番号	代理投票申請 選挙人氏名	性 別	代理投票の 事 由	補助者の選任に ついて意見を聞 かれた旨の投票 立会人確認欄 (署名等)	不在者投票管理者が 定めた補助者氏名 (2人の氏名)	代 理 記 載 し た 補 助 者 氏 名	立 会 し た 補 助 者 氏 名	代理投票の 日 時	備 考
		男・女						月 日 時 分	
		男・女						月 日 時 分	
		男・女						月 日 時 分	
		男・女						月 日 時 分	
		男・女						月 日 時 分	
		男・女						月 日 時 分	
		男・女						月 日 時 分	

(注意) 備考欄には、代理投票の仮投票があればその旨記載し、その事由も併記してください。

※ この用紙は、名簿登録地市町村選挙管理委員会に1部送付し、1部は保管してください。