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				