

代理投票処理簿

病院(老人ホームその他の施設)の所在地

病院(老人ホームその他の施設)の名称

不在者投票管理者の職・氏名

⑨

一連番号	代理投票申請 選挙人氏名	代理投票の事由	補助者の選任に ついて意見を聴 かれた旨の投票 立会人認印欄	代理記載した 補助者氏名	立会した 補助者氏名	補助者と決定し た 旨の投票管理 者認印欄	性別	代理投票日 の期日	備考
							男・女	月 日	
							男・女	月 日	
							男・女	月 日	
							男・女	月 日	
							男・女	月 日	
							男・女	月 日	
							男・女	月 日	
							男・女	月 日	

(注)備考欄には代理投票の仮投票があればその旨記載し、その事由も併記すること。

*この様式は選挙人の属する市区町村の選挙管理委員会に1部送付し、1部は保管すること。 (男 人・女 人)