

病院等の所在地 \_\_\_\_\_

病院等の名称 \_\_\_\_\_

不在者投票管理者氏名 \_\_\_\_\_

選挙人名簿登録地 市 町 村 名		小林市						
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 署名または押印	補助者の承諾 署名 (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
							月 日	
							時 分	
							月 日	
							時 分	
							月 日	
							時 分	
							月 日	
							時 分	
							月 日	
							時 分	
							月 日	
							時 分	
							月 日	
							時 分	
							月 日	
							時 分	
							月 日	
							時 分	
							月 日	
							時 分	
							月 日	
							時 分	
							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、小林市選挙管理委員会に1部送付し、1部は保管してください。