不 在 者 投 票 者 名 簿

施設(病院)の名称＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

(注)不在者投票特別経費請求書に添付してください。

(ア) 整理番号	(イ) 選挙人氏名	(ウ) 投票用紙等請求先 市町村名	(エ) 投票用紙等請求日 年　月　日	(オ) 投票用紙等受領日 年　月　日	(カ) 投票日 年　月　日	(キ) 投票用紙等送致日 年　月　日	(ク) 備考

2枚以上ある場合は、最後のページのみ記載。
実際に不在者投票を行った選挙人の合計。

→　投票者数　　人

※備考欄には、「代理投票」、「退院のため返還」などを記載すること。

※外部立会人による立会いを行った選挙人については、備考欄に立会いを行った立会人氏名を記載すること。