

幸手市選管へ提出

不在者投票実施報告書 (選挙の名称：幸手市議会議員一般選挙)

＊ 経費請求書に必ず添付してください。

施設 の 名 称 _____
(所 在 地) _____
(電 話 番 号) _____
連絡責任者氏名 _____

1 入院（所）者数 _____ 人（公示日現在）

2 入院（所）者からの依頼に基づき投票用紙及び不在者投票用封筒を幸手市
選挙管理委員会に請求した人数 _____ 人

3 投票者数

(1) 貴施設内で投票した入院（所）者の数（入院（所）者が幸手市選挙管理
委員会に直接投票用紙等を請求した場合を含む。）

_____ 人

(2) (1) のうち、代理投票を行った入院（所）者の数

_____ 人

(3) (1) のうち、ベッドの上で投票した入院（所）者の数

_____ 人

4 不在者投票事務の体制（投票の際の事務体制を記入してください。）

(1) 不在者投票管理者の職・氏名

職 _____ 氏名 _____

(2) 投票立会人の職・氏名

(複数選任した場合は全ての者につき記入してください。)

職 _____ 氏名 _____ 市区町村選管の選定(どちらかに○) 有・無

職 _____ 氏名 _____ 市区町村選管の選定(どちらかに○) 有・無

(3) 不在者投票事務（受付、投票用紙交付、選挙人誘導等）に従事した職員の職・
氏名（※(2)の投票立会人以外の者を記入してください。）

職 _____ 氏名 _____

職 _____ 氏名 _____

職 _____ 氏名 _____

(4) 代理投票を行った2名の補助者の職・氏名

(代理投票を行った施設のみ記入してください。)

職 _____ 氏名 _____

職 _____ 氏名 _____