年　　月　　日

砥部町選挙管理委員会委員長　様

　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　病院（施設）名称

　　　　　　　　　　　　院長（施設長）氏名　　　　　　　　　　　　　　印

不在者投票送致書

　　　　　年　　月　　日執行の　　　　　　　　　　選挙の不在者投票について下記のとおり送致します。

記

１．不在者投票年月日　　　　　年　　　月　　　日

２．送致内訳

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 選　挙　名 | ①受領数 | ②投票数 | ③(①－②)返還数 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

３．投票用紙を返還する者の氏名及び理由

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 選挙人氏名 | 選　挙　名 | 返還理由 | 備考 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |