

不在者投票送付書

令和 △ 年 ○ 月 × 日

(○○ 区・市・町・村) 選挙管理委員会 様

不在者投票を送致する区市町村名を記入してください。

施設所在地 ○○区△△町1-2-3
施設名称 ◎◎病院
施設長氏名 ◇◇ □□
電話番号 03-1234-XXXX

病院の場合は院長となります。印鑑は不要です。

不在者投票の送致について

令和 △ 年 ○ 月 ▽ 日に当施設において行いました不在者投票を
下記のとおり送付いたします。

記

衆議院（小選挙区）議員選挙	衆議院（比例代表）議員選挙	最高裁判所裁判官国民審査
投票数 <u>20 票</u> (内 代理投票 <u>5 票</u>)	投票数 <u>20 票</u> (内 代理投票 <u>5 票</u>)	投票数 <u>17 票</u> (内 代理投票 <u>5 票</u>)
返還数 <u>10 票</u> (内訳) 棄権 <u>5 名</u> 退院 <u>4 名</u> 死亡 <u>1 名</u> その他 <u> 名</u>	返還数 <u>10 票</u> (内訳) 棄権 <u>5 名</u> 退院 <u>4 名</u> 死亡 <u>1 名</u> その他 <u> 名</u>	返還数 <u>13 票</u> (内訳) 棄権 <u>8 名</u> 退院 <u>4 名</u> 死亡 <u>1 名</u> その他 <u> 名</u>
合計 <u>30 票</u>	合計 <u>30 票</u>	合計 <u>30 票</u>

転院など、下の※の（１）～（３）に該当しないものとなります。

※ 返還者は、不在者投票用外封筒の表面に次の文言を鉛筆で記入し、封をせずに返送してください。

- （１）投票を棄権した場合……………棄権
- （２）退院した場合……………○月○日退院
- （３）死亡した場合……………○月○日死亡
- （４）その他……………具体的な事由を記入

○月○日転院など