

不在者投票送付書

令和 6 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 6 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

東京都議会議員補欠選挙		
投票数	<u>20</u>	票
(内 代理投票)	<u>5</u>	票)
返還数	<u>10</u>	票
(内訳) 棄権	<u>5</u>	名
退院	<u>4</u>	名
死亡	<u>1</u>	名
その他	<u>0</u>	名
合計	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