（様式１０）投票用紙の返送時に同封

**点字投票・代理投票報告書**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 選 挙 人 氏 名 | 点字  投票  （○印） | 代　　　　理　　　　投　　　　票 | | | 仮投票  （○印） |
| 事　　　由 | 補　　　 助 者 | |
| 氏　　　 名 | 氏　　　 名 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

　当病院（当施設）における点字投票及び代理投票した者は、上記のとおりです。

　　　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　 　　 選挙管理委員会委員長　様

　　　施設の名称

　　　不在者投票管理者

　　　職・氏　　　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（印）