（様式７）

|  |
| --- |
| 施設内部資料 |

**代理投票補助者選任・同意書**

　　　　年　　月　　日執行の　　　　　　　　　　　　　　選挙の当病院（当施設）における不在者投票につき、次のとおり代理投票の補助者を選任します。

|  |  |
| --- | --- |
| 補　助　者　氏　名 | 住　　　　　　　　　　所 |
|  |  |
|  |  |

 　　　年　　月　　日

 　　　施設の名称

 不在者投票管理者

 職・氏　　　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 （印）

 上記の者の選任につき、同意いたします。

 　　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　不在者投票立会人氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（印）