（様式９）

|  |
| --- |
| 施設内部資料 |

**代理投票補助者選任書**

|  |  |
| --- | --- |
| 氏　　　名 | 住　　　　　　　　　　所 |
|  |  |
|  |  |

　　　　年　　月　　日執行の　　　　　　　　　　　　　　選挙の当病院（当施設）で実施する不在者投票における代理投票の補助者に選任する。

 　　　年　　月　　日

 　　　施設の名称

 不在者投票管理者

 氏　　　　名