

令和 年 月 日

(施設の所在する市区町村選挙管理委員会) あて

(病 院・施 設 名) 長 ○○ ○○

外部立会人の選定について (依頼)

当方においては、次のとおり、公職選挙法 (昭和 25 年法律第 100 号) 第 49 条第 1 項の規定に基づき、不在者投票を行う予定ですので、ついては、同条第 10 項の規定に基づく立会人の選定をお願いいたします。

1 日 時 令和 年 月 日 ()
時 分 ~ 時 分

2 所 在 地

3 施 設 名

〔 施設担当者氏名 ○○ ○○
電話番号
E メールアドレス又はファクシミリ番号 〕