

【様式第1号】

年 月 日

\_\_\_\_\_選挙管理委員会 御中

指定病院等の施設名 \_\_\_\_\_

指定病院等の長 \_\_\_\_\_

外部立会人の選定依頼について

当施設において、公職選挙法第49条第1項の規定に基づき、下記のとおり不在者投票を行う予定ですので、同条第10項の規定に基づく外部立会人の選定をお願いします。

記

実施日時： \_\_\_\_\_年 月 日 \_\_\_\_\_： \_\_\_\_\_～ \_\_\_\_\_： \_\_\_\_\_ (予定)

担当者名： \_\_\_\_\_

電話番号： \_\_\_\_\_

FAX番号： \_\_\_\_\_

なお、当日は、実施時刻の\_\_\_\_\_分前までに\_\_\_\_\_においでください。