

報 告 書

栃木県議会議員選挙において、当施設では、不在者投票を行わなかった、または不在者投票に係る経費の請求を行わないので、その旨報告します。

栃木県知事 様

病院等の名称	
所在地	〒
	電話 ()
報告担当者の氏名	<u>職名</u> <u>氏名</u>

4月25日までに報告願います。