**埼玉県選管へ提出**

**不在者投票実施報告書**

**（選挙の名称：埼玉県知事選挙）**

＊ 経費請求書に必ず添付してください。

施設の名称

（所在地）

（電話番号）

連絡責任者氏名

１　入院（所）者数 　　　　　　 　　　　 　　　　人（公示日現在）

２　入院（所）者からの依頼に基づき投票用紙及び不在者投票用封筒を市区町村

選挙管理委員会に請求した人数　　　　　　　　　　　 　 　　　　 人

３　投票者数

（１）貴施設内で投票した入院（所）者の数　（入院（所）者が市区町村選挙管理

委員会に直接投票用紙等を請求した場合を含む。）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　 　 人

（２）（１）のうち、代理投票を行った入院（所）者の数

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　 　　　　　　　人

（３）（１）のうち、ベッドの上で投票した入院（所）者の数

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　 　　　　　　　人

４　不在者投票事務の体制（投票の際の事務体制を記入してください。）

（１）不在者投票管理者の職・氏名

　　　　　　　　　　　 職　　　　　　　　　氏名

（２）投票立会人の職・氏名

（複数選任した場合は全ての者につき記入してください。）

職　　　　　　　氏名　　　　　　　　市区町村選管の選定(どちらかに○)　有・無

職　　　　　　　氏名　　　　　　　　市区町村選管の選定(どちらかに○)　有・無

（３）不在者投票事務（受付、投票用紙交付、選挙人誘導等）に従事した職員の職・氏名（※（２）の投票立会人以外の者を記入してください。）

　　　　　　　　　　　 職　　　　　　　　　氏名

　　　　　　　　　　　 職　　　　　　　　　氏名

　　　　　　　　　　　 職　　　　　　　　　氏名

（４）代理投票を行った２名の補助者の職・氏名

　　　　　　　　　　　（代理投票を行った施設のみ記入してください。）

　　　　　　　　　　　 職　　　　　　　　　氏名

　　　　　　　　　　　 職　　　　　　　　　氏名