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