令和　年　月　日

立　会　人　選　任　書

（立会人の氏名）○○　○○　殿

（病院・施設の名称）

（病院長・施設長の氏名） ○○　○○　㊞

あなたを、次のとおり、令和７年　月　日執行　　　選挙について、当院（当施設）における不在者投票の立会人に選任します。

なお、当日は立会開始時刻の　　分前までに　　　　　　　　　　　　に、おいでください。

また、立会いを承諾いただける場合は、立会人承諾書を当院長（当施設長）あて御提出ください。

１　立会日時　　　令和　年　　月　　日（　）

　　　　　　　　　　　時　　分　～　　　時　　分

２　不在者投票の実施場所

　　（病院・施設の名称）

３　謝金及び旅費支給予定額

円

※１回当たりの従事時間が７時間以下の場合で、１時間未満の端数があるときは１時間に切り上げ、７時間を超える場合は、１日（８.５時間分＝12,400円)としてください。また、時間ごとの額は報酬額早見表を参照してください。

施設担当者氏名　○○　○○

印鑑の携行など、立会人への連絡事項があれば、適宜記載してください。

　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　　　　　　　　　　　　　　　　Eメールアドレス又はファクシミリ番号