

不在者投票施設概要

記載年月日	年 月 日
-------	-------

記載者職氏名	
--------	--

項目	内 容			
施設の種類 (該当するものを○ で囲んでください。)	ア 病院・介護老人保健施設・介護医療院 イ 老人ホーム（老人短期入所施設、養護老人ホーム、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム） ウ 身体障害者支援施設、福祉ホームのうち身体障害者を入所させる施設 エ 保護施設			
施設の名称				
所在地	〒 (TEL)			
法人の名称及び 代表者職氏名	名 称			
	代表者		公職の有無	
施設長の職氏名			公職の有無	
同代理者の職氏名			公職の有無	
開設年月日	年 月 日			
入所定員				
現入所者数 (うちベッドからの移動 が困難な者の数)	人 (人)			
職員数	常勤	人	非常勤	人
	合計 人 不在者投票管理者従事予定者氏名(1名：施設長)： 投票立会人従事予定者氏名(最低1名)： 事務従事予定者氏名(代理記載補助者)(最低2名)：			
投票の記載場所	(室名)	(面積)	m ²	
その他	※秘密確保のための設備：			
その他				