高千穂町長選挙代理投票処理簿

病院等の所在地 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

病院等の名称 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

不在者投票管理者氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

選挙人名簿登録地 市　町　村　名									
一連番号	代理投票申請 選挙人氏名	代理投票の事由	任意投票人欄 選挙会立会いの上投票管理者の認印	補助者の承諾署名欄 （２人の氏名）	左の者を補助者と決定した旨の投票管理者認印欄	代理記載した補助者氏名	立会した補助者氏名	代理投票の日時	備考
								月　日 時　分	
								月　日 時　分	
								月　日 時　分	
								月　日 時　分	
								月　日 時　分	
								月　日 時　分	
								月　日 時　分	
								月　日 時　分	
								月　日 時　分	
								月　日 時　分	
								月　日 時　分	
								月　日 時　分	
								月　日 時　分	
								月　日 時　分	
								月　日 時　分	
								月　日 時　分	
								月　日 時　分	
								月　日 時　分	
								月　日 時　分	
								月　日 時　分	
								月　日 時　分	
								月　日 時　分	
								月　日 時　分	
								月　日 時　分	
								月　日 時　分	
								月　日 時　分	
								月　日 時　分	
								月　日 時　分	
								月　日 時　分	