

不在者投票立会実績表

住所又は所在地

法人名

病院又は老人ホーム
その他の施設の名称

病院又は老人ホーム
その他の施設の長の氏名

職

氏名

施設
長印

施設名	立会人氏名	立会日	立会時間	日数	時間数
合計					

※ 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時間に切り上げて記載してください。

※ 1回当たりの従事時間が7時間を超える場合は1日としてください。