

# 不在者投票用紙等請求カード用紙

-----キリトリセン-----

氏名	(ふりがな)		生年月日		-					
			大正・昭和・平成	-	-					
			年月日生							
選挙人名簿に記載されている住所 大田 <input checked="" type="checkbox"/> 市 <input type="checkbox"/> 町・村 丁目 番号 (部屋番号等)			投票区 名簿番号							
太枠の中のみ 記入してください	施設の名称、所在地、郵便番号、電話番号(ゴム印がありましたらゴム印を押して下さい)		選挙の種類 最高裁		衆小	衆比	参選	知	長	
					請求	・	直・郵			
					交付	・	直・郵			
					受理	・	直・郵			
					返還	・	直・郵			
					事由	2・3・5・6	表示			
							確認			
備考(通信欄)(点字投票の請求 有無) <input type="checkbox"/> 代理記入者( )			番号				B			

-----キリトリセン-----

氏名	(ふりがな)		生年月日		-					
			大正・昭和・平成	-	-					
			年月日生							
選挙人名簿に記載されている住所 大田 <input checked="" type="checkbox"/> 市 <input type="checkbox"/> 町・村 丁目 番号 (部屋番号等)			投票区 名簿番号							
太枠の中のみ 記入してください	施設の名称、所在地、郵便番号、電話番号(ゴム印がありましたらゴム印を押して下さい)		選挙の種類 最高裁		衆小	衆比	参選	知	長	
					請求	・	直・郵			
					交付	・	直・郵			
					受理	・	直・郵			
					返還	・	直・郵			
					事由	2・3・5・6	表示			
							確認			
備考(通信欄)(点字投票の請求 有無) <input type="checkbox"/> 代理記入者( )			番号				B			

-----キリトリセン-----

氏名	(ふりがな)		生年月日		-					
			大正・昭和・平成	-	-					
			年月日生							
選挙人名簿に記載されている住所 大田 <input checked="" type="checkbox"/> 市 <input type="checkbox"/> 町・村 丁目 番号 (部屋番号等)			投票区 名簿番号							
太枠の中のみ 記入してください	施設の名称、所在地、郵便番号、電話番号(ゴム印がありましたらゴム印を押して下さい)		選挙の種類 最高裁		衆小	衆比	参選	知	長	
					請求	・	直・郵			
					交付	・	直・郵			
					受理	・	直・郵			
					返還	・	直・郵			
					事由	2・3・5・6	表示			
							確認			
備考(通信欄)(点字投票の請求 有無) <input type="checkbox"/> 代理記入者( )			番号				B			

-----キリトリセン-----

※投票を希望する選挙人の数に合わせて、切り取ってお使いください。

(例) 投票希望者が6人いる場合は、本紙を2枚ダウンロードしてお使いください。