**証　　　明　　　書**

 住　　所

 氏　　名

　上記の者は，令和　　年　　月　　日執行の　　　　　　　　　　選挙における不在者投票に係る投票用紙等の請求及び受領に関して私の使者であることを証明します。

 令和　　年　　月　　日

 病院（施設）名

 病院（施設）長　　　　　　　　　　　　　　　㊞

**受　　　領　　　書**

|  |  |
| --- | --- |
| 区　　　　分 | 選挙 |
|  | 　　　　　　　　　　　枚 |
|  | 　　　　　　　　　　　枚 |
|  | 　　　　　　　　　　　枚 |

 上記について正に受領いたしました。

 令和　　年　　月　　日

 岩沼市選挙管理委員会委員長　殿

 住　　所

 病院（施設）名

 病院（施設）長使者　　　　　　　　　　　　　㊞