№２

**投票用紙及び不在者投票用封筒請求依頼書**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和６年　　月　　日

　　不在者投票管理者（指定病院等の長）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　住　　　　　所

　　　　　　　　　　　　　　　されている住所

　　　　　　　　　　　　　　　指定病院等の名称

　　　　　　　　　　　　　　　氏 　　　　 名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 大正

　　　　　　　　　　　　　　　　 昭和　　　　年　　　月　　　日生

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 平成

**令和６年10月27日執行**の**参議院岩手県選出議員補欠選挙**において不在者投票を行いたいので、投票用紙及び不在者投票用封筒の請求を依頼します。