

福岡県選挙管理委員会委員長 殿

病院等の名称 特別養護老人ホーム 明推苑  
病院等の長の氏名 明推 太郎

## 不在者投票を行うことができる施設の指定に係る申請について

公職選挙法施行令第55条第2項及び第4項第2号の規定により、下記の施設を不在者投票を行うことができる施設として指定されるよう申請します。

## 記

（ふりがな）	しゃかいふくほうじん めいすいかい		
法人の名称	社会福祉法人 明推会		
（ふりがな）	とくべつようごろうじんほ一む めいすいえん		
病院等の名称※	特別養護老人ホーム 明推苑		
施設の種類 （診療科目）	特別養護老人ホーム	設 立 （開設） 年月日	平成〇〇年 〇月 〇日
郵便番号	〇〇〇-〇〇〇〇	電話番号	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇
所在地※	福岡県〇〇市△△△1-1		
病院等の長の 職・氏名	施設長 明推 太郎	事務担当者の 職・氏名	事務員 明推 花子
入所定員	50人	現入所者数	48人
入所室数	50室	建物面積	延べ 5,555.44㎡
投票記載場所	会議室	投票記載場所面積	39.73㎡
職員数 （職種別に）	施設長1人、看護職員3人、介護職員25人、生活相談員1人、 介護支援専門員1人、栄養士2人、調理員1人、事務員6人 （計40人）		
不在者投票 事務経験者の 有無	○有 無 <span style="font-size: 2em;">〔</span> 事務員1人が令和〇年に系列病院で従事 <span style="font-size: 2em;">〕</span>		

## （注意事項）

- 職員数の欄は職種別に、申請日時点において当該施設等に勤務する職員の数を記載してください（常勤換算後の人数は記載しないでください）。
- 「不在者投票事務経験者の有無」の欄は、「有」・「無」いずれか該当する方を○で囲み、「有」の場合には、「職員何人がいつ、どこで、経験したのか」について具体的に括弧内に記入してください。
- ※は、告示事項です。

福岡県選挙管理委員会委員長 殿

病院等の名称 明推病院  
病院等の長の氏名 明推 太郎

## 不在者投票を行うことができる施設の指定に係る申請について

公職選挙法施行令第55条第2項及び第4項第2号の規定により、下記の施設を不在者投票を行うことができる施設として指定されるよう申請します。

## 記

(ふりがな) 法人の名称	いりょうほうじん めいすいかい 医療法人 明推会		
(ふりがな) 病院等の名称※	めいすいびょういん 明推病院		
施設の種類 (診療科目)	内科、外科、整形外科、 放射線科	設 立 (開設) 年月日	平成〇〇年 〇月 〇日
郵便番号	〇〇〇-〇〇〇〇	電話番号	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇
所在地※	福岡県〇〇市△△△1-1		
病院等の長の 職・氏名	院長 明推 太郎	事務担当者の 職・氏名	事務員 明推 花子
入所定員	100 人	現入所者数	98 人
入所室数	46 室	建物面積	延べ 3,008.44 m <sup>2</sup>
投票記載場所	会議室	投票記載場所面積	35.73 m <sup>2</sup>
職員数 (職種別に)	院長1人、医師5人、薬剤師2人、看護職員40人、栄養士1人、 診療放射線技師1人、理学療法士1人、事務員20人(計71人)		
不在者投票 事務経験者の 有 無	有 (事務員1人が令和〇年に系列病院で従事) 無		

## (注意事項)

- 職員数の欄は職種別に、申請日時点において当該施設等に勤務する職員の数を記載してください(常勤換算後の人数は記載しないでください)。
- 「不在者投票事務経験者の有無」の欄は、「有」・「無」いずれか該当する方を○で囲み、「有」の場合には、「職員何人がいつ、どこで、経験したのか」について具体的に括弧内に記入してください。
- ※は、告示事項です。