

証明書

（ 氏 名 ） について、
（ 施設種別 ） に従事する者であり、
新型コロナウイルスワクチンの優先接種の対象
（高齢者施設等従事者）であることを証します。

令和 年 月 日

（法人名）

（施設名）

（所在地）

（施設連絡先）

（管理者氏名）