

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)