証明書

（＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）について、

（＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）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）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿