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）