証明書

（　　　　氏　名　　　　）について、　　　　　　　（　　　施設等の種類　　　）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）