

## 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)