「証明書（見本）」

（見　本）

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３年　**〇〇**月　**〇〇**日

（法人名）　**〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇**

（施設名）　**〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇**

（所在地）　**〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇**

（施設連絡先）**〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇**

（管理者氏名）**〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇**