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）

※医療機関担当者様へ：この「証明書」は、第１回及び２回ともに使用するものであり、接種実施医療機関で回収する必要はありません。