別紙

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

（障害福祉サービス事業所等従事者）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）

１回目接種日時　　　　　接種場所

２回目接種日時　　　　　接種場所