証明書

（　　氏　　　名　　）について、　　　　　　　（サ　ー　ビ　ス　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）

（事業所名）

（所在地）

（事業所連絡先）

（管理者氏名）