証明書

（　　　　　　　　　　　）について、

（保育・教育施設）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であることを証します。

令和　　　年　　　月　　　日

（私立の場合）【法人名】

【施設等名】

【所在地】

【施設等連絡先】

【管理者氏名】