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

（所在地）

（法人名）

（施設名）

（管理者氏名）

（施設連絡先）

※この証明書はワクチンを接種する際に受付に提示してください。2回の接種が終わるま

で大切に保管してください。

※施設種別は、ご案内通知の優先接種の対象となる「高齢者施設等の範囲」より該当する

種別を記入してください。

松川村役場　福祉課