

証明書

(氏 名) について、

- ・ 障がい者施設等に従事する者
- ・ 教育施設等教職員
- ・ 保育士、幼稚園教諭、児童福祉施設等に従事する者

であり、当別町が独自に設定する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

(法人名)

(施設名)

(所在地)

(施設連絡先)

(管理者氏名)