

(記載例)

## 証明書

(さいたま 太郎(職員氏名)) について、  
(障害者支援施設(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  
(障害者福祉施設等従事者)であることを証します。

令和 年 月 日

(法人名) 社会福祉法人 さいたま

(施設名) 障害者支援施設 さいたま

(所在地) さいたま市浦和区常盤 6-4-4

(施設連絡先) 048-0000-0000

(管理者氏名) さいたま 一郎

