

勤務証明書

氏名	
住所	
接種を受ける者 ※該当に丸をしてください。	本人 ・ 同居家族（氏名： ）

上記の者は、当施設に勤務していることを証明します。

令和 年 月 日

施設所在地

施設名称

施設管理者氏名

印

施設連絡先(電話番号)

●注意点

- ・施設管理者氏名の後には、**会社印(角印)**を押印してください。
- ・奈良県広域ワクチン接種会場で**接種を受ける人数分**(本人及び同居家族の人数分)、この**証明書を発行してください**。
- ・この証明書は**1回目の接種時に会場で回収**します。
- ・**勤務状況や勤務形態等を施設に問い合わせる可能性**があります。