

# 職 員 証 明 書

年 月 日

須恵町長

施設名

施設所在地

代表者名

印

麻しんワクチンを接種した以下の職員について、接種当日      年      月      日  
において当施設の職員であることを証明します。

職 員 氏 名	生 年 月 日	住 所
	年 月 日	