様式第２号(第４条関係)

　　　　　　　　　　骨髄等移植ドナーに係る休暇等取得証明書

年 月 日

 骨髄等ドナー氏名

|  |  |
| --- | --- |
| 骨髄等の提供に要した年月日 | 該当する欄に○をしてください。 |
| 休日 | ドナー休暇(有給) 又は他の有給休暇 | そ の 他 欠勤･休業等(無給) |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

骨髄等の提供に要した日における骨髄等ドナーの休日等が上記のとおりであることを

証明します。

事業所等所在地

事業所等名称

代表者氏名 印

電話番号