様式第2号(第4条関係)

骨髄等ドナーに係る有給休暇等取得証明書

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。

所 在 地

名 称

代表者氏名 　　　　　　　　　　　　　　　印

電話番号