様式第２号（第５条関係）

骨髄等移植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 | | |
| 事業所が定める休日  （公休） | ドナー休暇  （有給） | ドナー休暇以外の有給休暇、欠勤、休業等（無給） |
| １ |  |  |  |  |
| ２ |  |  |  |  |
| ３ |  |  |  |  |
| ４ |  |  |  |  |
| ５ |  |  |  |  |
| ６ |  |  |  |  |
| ７ |  |  |  |  |
| ８ |  |  |  |  |
| ９ |  |  |  |  |
| １０ |  |  |  |  |
| １１ |  |  |  |  |
| １２ |  |  |  |  |

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