

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