

様式第2号（第4条関係）

骨髄等移植ドナーに係る有給休暇等取得証明書

助成対象ドナー氏名 \_\_\_\_\_

骨髄等の提供に 要した年月日 (骨髄バンク発行の 「証明書」による)	年次有給休暇	特別休暇		その他 (休日、欠勤等)
		有給	無給	
	該当する欄に○			
年 月 日				
年 月 日				
年 月 日				
年 月 日				
年 月 日				
年 月 日				
年 月 日				
年 月 日				

(□にチェックを入れてください。)

- 助成対象ドナーを骨髄等提供した日から引き続き雇用しています。
- 骨髄等の提供に要した日について、有給休暇等の取得状況を上記のとおり証明します。

所在地

事業所名

代表者等氏名

(支店の場合は支店長名)

印