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

骨髄ドナーの氏名

|  |  |
| --- | --- |
| 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。 |
| 事業所の定める休日 | ドナー休暇（有給） | 有給休暇（ドナー休暇を除く。）又は無給の欠勤･休業等 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

骨髄等の提供に要した日について、上記のとおり骨髄ドナーが有給休暇等を取得したことを証明します。

所 在 地

名 称

代表者氏名