様式第２号(第４条関係)

骨髄等移植ドナーに係る休暇等取得証明書

年　　月　　日

骨髄等ドナー氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

骨髄等の提供に要した年月日	該当する欄に〇をしてください。		
	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。

事業所等所在地

事業所等名称

代表者氏名　　印

電話番号