様式第２号（第５条関係）

骨髄等ドナーに係る有給休暇等取得証明書

（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 | | | |
| 事業所が定める休日 | ドナー休暇（有給） | その他有給休暇 | 無給（欠勤・休業等） |
| １ | 年　　月　　日 |  |  |  |  |
| ２ | 年　　月　　日 |  |  |  |  |
| ３ | 年　　月　　日 |  |  |  |  |
| ４ | 年　　月　　日 |  |  |  |  |
| ５ | 年　　月　　日 |  |  |  |  |
| ６ | 年　　月　　日 |  |  |  |  |
| ７ | 年　　月　　日 |  |  |  |  |
| ８ | 年　　月　　日 |  |  |  |  |
| ９ | 年　　月　　日 |  |  |  |  |
| 10 | 年　　月　　日 |  |  |  |  |
| 11 | 年　　月　　日 |  |  |  |  |
| 12 | 年　　月　　日 |  |  |  |  |

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。

年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　名　称

　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　　（問い合わせ先）

担当者氏名

電話番号