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○を記入してください | | | | |
| 休日 | ドナー休暇(有給) | ドナー休暇(無給) | 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 |