様式第2号(第5条関係)

骨髄ドナーに係る有給休暇等取得証明書

骨髄ドナー氏名

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 骨髄等の提供に  要した年月日 | 該当する休暇の種別に○をつけてください。 | | | | |
| 事業所が定める  休日 | ドナー休暇 | | 年次有給休暇 | その他  欠勤･休業等  (無給) |
| 有給 | 無給 |
| 年　　月　　日 |  |  |  |  |  |
| 年　　月　　日 |  |  |  |  |  |
| 年　　月　　日 |  |  |  |  |  |
| 年　　月　　日 |  |  |  |  |  |
| 年　　月　　日 |  |  |  |  |  |
| 年　　月　　日 |  |  |  |  |  |
| 年　　月　　日 |  |  |  |  |  |
| 年　　月　　日 |  |  |  |  |  |
| 年　　月　　日 |  |  |  |  |  |
| 年　　月　　日 |  |  |  |  |  |
| 年　　月　　日 |  |  |  |  |  |
| 年　　月　　日 |  |  |  |  |  |

　骨髄等の提供に要した日における骨髄ドナーの休暇の取得状況について、上記のとおりであることを

証明します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 証明書発行事業所 | 所在地 |  |  |
|  | 名称 |  |  |
|  | 代表者氏名 |  |  |
|  | 記入担当者名 |  |  |
|  | 電話番号 |  |  |

　　　　　　　年　　　　月　　　　日