

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。

年 月 日

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