

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<br>要した年月日 | 該当する欄に○をしてください。 |               |               |      |                       |
|-------------------|-----------------|---------------|---------------|------|-----------------------|
|                   | 休日              | ドナー休暇<br>(有給) | ドナー休暇<br>(無給) | 有給休暇 | その他<br>欠勤・休業等<br>(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