

骨髄移植ドナーに係る有給休暇等取得証明書

助成対象ドナー氏名：

骨髄等の提供に 要した日 (骨髄バンク発行の 「証明書」による)	該当する休暇の種別に○をつけてください。				
	休日 (労働契約において 労働義務のない日)	年次有給 休暇	特別休暇		その他
			有給	無給	
平成 年 月 日					
平成 年 月 日					
平成 年 月 日					
平成 年 月 日					
平成 年 月 日					
平成 年 月 日					
平成 年 月 日					
平成 年 月 日					
平成 年 月 日					

骨髄等の提供に要した日について、助成対象ドナーの有給休暇等の取得状況について上記のとおり証明します。

平成 年 月 日

所在地

商号又は名称

代表者氏名

印