

様式第2号(第4条関係)

骨髄等ドナーに係る有給休暇等取得証明書

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○をしてください。		
	休日	ドナー休暇(有給) 又は他の有給休暇	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。

所在地

名称

代表者氏名

印

電話番号