

骨髄等ドナーに係る有給休暇等取得証明書

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	その他の無給 (欠勤・休業等)
		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等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

印

電話番号