

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<br>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<br>日        | ドナー休暇 |    | 年次有給休暇 | その他<br>欠勤・休業等<br>(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

印

電話番号