様式第２号（第７条関係）

骨髄等移植ドナーに係る休暇等取得証明書

助成対象ドナー氏名

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 骨髄等の提供に要した年月日（骨髄バンク発行の「証明書」による） | 年次有給休暇 | 特別休暇 | その他（休日、欠勤等）　　　　　　　　　　 |
| 有給 | 無給 |
| 　　　　　　　該当する欄に〇 |
| 　　年　　月　　日 |  |  |  |  |
| 　　年　　月　　日 |  |  |  |  |
| 　　年　　月　　日 |  |  |  |  |
| 　　年　　月　　日　 |  |  |  |  |
| 　　年　　月　　日 |  |  |  |  |
| 　　年　　月　　日 |  |  |  |  |
| 　 年　　月　　日 |  |  |  |  |
|  年　　月　　日 |  |  |  |  |

（□内にチェックを入れてください）

□助成対象ドナーを骨髄等提供した日から引き続き雇用しています。

□骨髄等の提供に要した日について、有給休暇等の取得状況を上記のとおり証明します。

住　　所

事業所名

代表者等氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

（支店の場合は支店長名）