様式第2号（第4条関係）

宇美町骨髄等移植ドナーに係る有給休暇等取得証明書

|  |  |
| --- | --- |
| 骨髄ドナーの氏名 |  |
| 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。 |
| 事業所の定める休日 | ドナー休暇（有給） | その他（無給） |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

骨髄等の提供に要した年月日について、上記のとおり休暇等取得を証明します。

所 在 地

事業所名

代表者氏名 　　　　　　　　　　　　　　印