様式第2号（第４条関係）

骨髄移植ドナーに係る有給休暇等取得証明書

ドナー氏名

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 骨 髄 等 の 提 供 に 係 る 通 院 又 は 入 院 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 |
| 該当する欄に〇をしてください。 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

□ ド ナ ー が 骨 髄 等 を 提 供 し た 日 か ら 当 該 ド ナ ー を 引 き 続 き 雇 用 し て い ま す 。

□ ド ナ ー が 骨 髄 等 の 提 供 に 係 る 通 院 又 は 入 院 に 要 し た 日 に つ い て 、年 次 有 給 休 暇 等 の 取 得 状 況 を 上 記 の と お り 証 明 し ま す 。

□ ド ナ ー が 骨 髄 等 の 提 供 に 係 る 通 院 又 は 入 院 に 要 し た 日 に つ い て 、上 記 の と お り 年 次 有 給 休 暇 等 を 付 与 し た こ と を 証 明 し ま す 。

所在地

事業所名

代表者氏名　　　　　　　　　　　　㊞