

骨髄等ドナーに係る有給休暇等取得証明書

年 月 日

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)	有給休暇	その他 欠勤・休業等 (無給)

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

所在地

事業所名

代表者氏名

