様式第２号（第４条関係）

宮若市骨髄等移植ドナーに係る有給休暇等取得証明書

年　　　月　　　日

骨髄等移植ドナー氏名

|  |  |
| --- | --- |
| 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。 |
| 休　　　日 | ドナー休暇（有給）又は他の有給休暇 | その他欠勤･休業等（無給） |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

骨髄等の提供に要した日において骨髄等移植ドナーが取得した有給休暇等が上記のとおりであることを証明します。

所 在 地

名 称

代表者氏名 　　　　　　　　　　　　　　印

電話番号