様式第２号（第５条関係）

骨髄等移植ドナーに関する有給休暇等取得証明書

年　　月　　日

骨髄ドナー氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

骨髄等の提供に要した年月日	該当する欄に〇をしてください。		
	休日	ドナー休暇(有給)	有給休暇（ドナー休暇を除く）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

名 称

代表者氏名　　印