

菊陽町長 様

骨髄移植ドナーに係る有給休暇等取得証明書

助成対象ドナー氏名 _____

| 骨髄等の提供に 要した年月日 <small>（骨髄バンク発行の「証 明書」による）</small> | 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○ | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

【確認事項】 に✓チェックをつけてください。

- 骨髄等の提供に要した期間において雇用しています。
- 骨髄等の提供に要した日について、有給休暇等の取得状況を上記のとおり証明します。
- 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を付与したことを証明します。

住所 _____

事業所名 _____

代表者等氏名 _____ 印

(支店の場合は支店長名) _____