様式第２号（第５条関係）

骨髄等移植ドナーに係る休暇等取得証明書

骨髄ドナーの氏名			
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。		
	事業所の定める休日	ドナー休暇（有給）	その他（無給）

骨髄等の提供に要した年月日について、上記のとおり休暇等取得を証明します。

所 在 地

事業所名

代表者氏名