様式第２号（第４条関係）

上天草市骨髄等移植ドナーに係る有給休暇等取得証明書

助成対象ドナーの氏名

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 骨髄等の提供に  要した年月日  （骨髄バンク発行の  「証明書」による） | 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◯ | | | |
| 年 　月 　日 |  |  |  |  |
| 年 　月 　日 |  |  |  |  |
| 年 　月 　日 |  |  |  |  |
| 年 　月 　日 |  |  |  |  |
| 年 　月 　日 |  |  |  |  |
| 年 　月 　日 |  |  |  |  |
| 年 　月 　日 |  |  |  |  |
| 年 　月 　日 |  |  |  |  |
| 年 　月 　日 |  |  |  |  |

（該当する□にチェックを入れてください。）

　助成対象ドナーを骨髄等を提供した日以降も引き続き雇用しています。

　骨髄等の提供に要した日について、有給休暇等の付与及び取得状況を上記のとおり　証明します。

証明日：　　　　　　年 　　月 　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 住　　所 |  | |
| 事業所名 |  | |
| 代表者等氏名  （支店の場合は支店長名） |  |  |