

雇用証明書兼有給ドナー休暇等付与証明書

骨髄等の提供を行った 従業員の氏名	
生 年 月 日	年 月 日
所 属 ・ 配 属 先	

骨髄等の提供に要した日 ^{※1}	該当する欄に○をしてください。 ^{※2}	
	有給の特別休暇 (ドナー休暇等)	年次有給休暇
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		
年 月 日		
年 月 日		

※1 ドナーが骨髄等の提供に必要な通院、入院及び医師等との面談（骨髄等の採取のための手術及びこれに関連した医療処置によって生じた健康被害に係るものを除く。）に要した日

※2 助成の対象は、有給の特別休暇（ドナー休暇等）又は年次有給休暇の付与日数分（上限7日）

- 1 上記の従業員が骨髄等を提供するために最初に通院した日から提供が完了した日までの間、引き続き当該従業員を雇用していることに間違いありません。
- 2 骨髄等の提供に要した日について、上記のとおり有給の特別休暇（ドナー休暇等）又は年次有給休暇を付与したことを証明します。

年 月 日

所 在 地

事 業 所 名

代表者職氏名