

骨髄等移植ドナーに係る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年月日	該当する欄に○をしてください。	
	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		

- 【注意】
- ・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が助成の対象です。
 - ・助成上限日数は、7日です。

- 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。

所在地

事業所名

代表者職氏名