骨髄等移植ドナーに係る雇用証明書兼休暇等付与証明書

|  |  |
| --- | --- |
| 骨髄等の提供を行った  従業員の氏名 |  |
| 住所 |  |
| 生年月日 |  |
| 所属・配属先 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 骨髄等の提供について  上記の者が有給の特別休暇及び年次有給休暇を取得した年月日 | 年　　　　　月　　　　　日 |
| 年　　　　　月　　　　　日 |
| 年　　　　　月　　　　　日 |
| 年　　　　　月　　　　　日 |
| 年　　　　　月　　　　　日 |
| 年　　　　　月　　　　　日 |
| 年　　　　　月　　　　　日 |

・有給の特別休暇及び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の提供を行った　　　年　　　月　　　日において、

雇用関係にあったことを証明します。

２　骨髄等の提供について、上記のとおり有給の特別休暇及び年次有給休暇を付

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