

様式第 2 号(第 5 条関係)

阿蘇市骨髄等移植ドナーに係る休暇等取得証明書

助成対象者 住所

氏名

※助成対象者が取得した月日及び休暇に○印を付けてください。

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	
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				

※該当する内容に○印を付けてください。

	助成対象ドナーが骨髄等を提供した上記期間について、当事業所において雇用しています。
	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)	印