

骨髄等移植ドナーに係る雇用証明書兼ドナー休暇等取得証明書

骨髄等の提供を行った従業員の氏名	
生年月日	
所属・配属先	

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)	該当する欄に○をしてください。		
	事業所の定める休日	有給の特別休暇 (ドナー休暇等)	有給休暇(ドナー休 暇を除く。)又は無休 の欠勤・休業等
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）の取得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年月日について、上記のとおり有給の特別休暇等の取得状況を証明します。

所在地

事業所名

代表者職氏名