様式第２号（第４条関係）

篠栗町骨髄等移植ドナーに係る休暇等取得証明書

助成対象者氏名

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |
| 該当する欄に〇 | | | |
| 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 |  |  |  |  |
| 年月日 |  |  |  |  |
| 年月日 |  |  |  |  |

骨髄等の提供に要した日における骨髄等ドナーの休日等が上記のとおりであることを証明します。

所在地

名　称

代表者氏名

電話番号