

骨髄等移植ドナーに係る有給休暇等取得証明書

（あて先）合志市長

申込者（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○		
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				
	助成金対象外		助成金対象	

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。

年 月 日

証明発行事業所

住所

代表者肩書

代表者氏名

電話番号