

様式第2号（第6条関係）

雇用関係等証明書

令和 年 月 日

使用者 住所（法人にあつては、主たる事務所の所在地）

名前（法人にあつては、名称及び代表者の名前）

印

被使用者 住所

名前

上記被使用者が骨髄等の提供を行った令和 年 月 日において、下記の条件のもとに使用関係にあつたことを証明します。

記

- 1 勤務する事業所の所在地及び名称
- 2 業務の内容
- 3 勤務日及び勤務時間
- 4 ドナー休暇制度(骨髄等の提供のために必要な入院等について、事業所がその休日を年次有給休暇とは別の有給休暇として認めている休暇制度)の有無

有 ・ 無
(有の場合は、休暇日数： 日間)