

ドナー休暇付与申告書

1. 骨髄等提供者氏名

2. 提供に要した期間                   年    月    日  ～           年    月    日  
骨髄等を採取した日                   年    月    日

対象期間  (ドナー休暇 付与期間)	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

以下のことを申告します。

- 1 骨髄等提供者を骨髄等を提供した日から引き続き雇用しています。
- 2 骨髄等の提供に要した年月日等は、上記のとおりです。
- 3 骨髄等の提供に要した日について、上記のとおりドナー休暇を付与しました。
- 4 今回の骨髄等の提供に関し本市以外の地方公共団体、団体等から同種の助成金を受け取っていません。

年    月    日

所在地 \_\_\_\_\_

事業所名 \_\_\_\_\_

代表者氏名 \_\_\_\_\_