

第2号様式（第5条関係）

雇用関係等証明書

年 月 日

使用者 住所

法人にあっては、主たる 事業所の住所地

氏名

法人にあっては、名称 及び代表者の氏名

印

被使用者 住所

氏名

印

私たちは、上記被使用者が骨髄等の提供を行った
の条件のもとに使用関係にあったことを証明します。

年 月 日において、下記

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、年次有給休暇とは別に
事業所がその休日を特別休暇として認めている休暇制度）の有無

以上

【添付書類】

就業規則等の写し