

特別休暇取得承認証明書

以下のとおり、骨髄等の提供に係る特別休暇の取得を承認したことを証明します。

特別休暇を取得した者の氏名	
生年月日	年 月 日
特別休暇年月日	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

所在地

事業所名

代表者

電話番号