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 |

所在地

事業所名

代表者

電話番号