第2号様式 (第4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、主たる事務所の所在地）

氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

（法人にあっては、名称及び代表者の氏名）

被使用者　　　 住　所

氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

私達は、上記被使用者が骨髄等の提供を行った　　　　　年　　　月　　　日において、下記の条件のもとに使用関係にあっ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