

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
(法人にあつては、主たる事務所の所在地)

氏名
(法人にあつては、名称及び代表者の氏名)

印

被使用者 住所

氏名

印

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つ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