

# 有給休暇制度証明書

従業員等	骨髄等を提供する者 氏名  (生年月日 年 月 日生)
勤務態様	<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 臨時(期限付きの場合 年 月まで) <input type="checkbox"/> パートタイム(月 時間)
休暇制度の有無	骨髄等の提供に関し有給休暇制度 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
<p>上記のとおり相違ないことを証明します。</p> <p>波佐見町長 様</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>所在地.....</p> <p>事業所名.....</p> <p>代表者名..... ⑩</p> <p>担当者名.....</p> <p>電話番号.....</p>	