様式１

令和　　年　　月　　日

香川県知事　殿

住所

商号又は名称

代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　印

ドナー休暇制度申出書

　骨髄等提供者休暇制度導入支援事業実施要領４の規定に基づき、骨髄等を提供する場合に取得できる休暇制度（ドナー休暇制度）を設けていることを申し出ます。

記

|  |  |
| --- | --- |
| ◎企業等名称 |  |
| ◎業　　　種 |  |
| 社員数（※） | 正社員 | 非正社員 | 合計 |
| 人 | 人 | 人 |
| 担当者 | 部課係名 |  |
| 職・氏名 |  |
| 連 絡 先 | 電話番号 |  | FAX番号 |  |
| ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ |  |
| 同意の確認（同意するものに C:\Program Files\Microsoft Office\MEDIA\OFFICE14\Bullets\BD21301_.gifを付けてください。） |
| □ 県ホームページにおける企業等名称・業種（◎印）の公表に同意する□ 県ホームページからのリンクの設定に同意する　（ C:\Program Files\Microsoft Office\MEDIA\OFFICE14\Bullets\BD21301_.gifの場合リンク先URL：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 必要書類（いずれか1つに C:\Program Files\Microsoft Office\MEDIA\OFFICE14\Bullets\BD21301_.gifを付け、その写し（抜粋可）を添付してください。） |
| □ 就業規則□ 社内周知資料、社内研修資料□ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

※ドナー休暇制度の対象となる社員数を記入してください。

（注）お申し出いただいた内容は、公益財団法人日本骨髄バンクに情報提供しますので、ご了承ください。