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。