

浙江省《出生医学证明》申领登记表

申领 <input type="checkbox"/> 换领 <input type="checkbox"/> 补领 <input type="checkbox"/> 原《出生医学证明》号 _____							
分娩信息							
产妇姓名		住院病历号		接生单位			
丈夫姓名							
新生儿性别		出生日期	年 月 日	时 分			
出生地点	省 市 县(区)	街道(乡、镇)	出生孕周		周		
健康状况	良好 一般 差	体重	克(g)	身高		公分(cm)	
以上内容由接生人员填写。 接生人员签字： _____ 核对打印人 _____ 填表日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日							
婴儿及其父母相关信息							
新生儿	姓名						
	出生登记情况	未申报 <input type="checkbox"/> :			已申报 <input type="checkbox"/>		
母亲信息	姓名				年龄		
	国籍				民族		
	有效身份证件类别	身份证 <input type="checkbox"/> 其它 _____					
	有效身份证件号码						
	住址:						
父亲信息	姓名				年龄		
	国籍				民族		
	有效身份证件类别	身份证 <input type="checkbox"/> 其它 _____					
	有效身份证件号码						
	住址:						
领证人	姓名			与新生儿关系			
	有效身份证件类别	身份证 <input type="checkbox"/> 其它 _____					
	有效身份证件号码						
以上内容由领证人填写，请核对正确无误后签字确认，并承担相应法律责任。《出生医学证明》一经签发，证件上的各项信息原则上不应变更。 领证人签字： _____ 填表日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日							

注:1、所有项目填写要字迹清楚。若出现涂改，相应内容须由接生人员或领证人签字、按手印确认。

2、此表与身份证复印件等相关材料，按照档案管理要求永久保存。

3、《出生医学证明》存根粘贴申领登记表背面、新生儿父母有效身份证件等相关材料粘贴(或复印)申领登记表背面。