

亲子关系调查证明

兹有我村（居）村（居）民（母亲姓名）_____身份证号码
_____和（父亲姓名）_____身份证号码_____
，因_____原因于_____年____月____日在
_____（地址）出生一男孩女孩，取名_____
，未在助产机构出生，当时由_____接生。现申请办理《出生医学证明》。
特此证明

_____镇_____村（居）委员会（盖章）

调查人员：_____

联系电话（手机）：_____

_____年____月____日

未按时申请领取《出生医学证明》的情况说明

本人（母亲姓名）_____与（父亲姓名）_____，于_____年
月____日在_____（地址）出生的儿子女儿，姓
名_____
，因_____原因未按时申请领取《出生医
学证明》。现要求办理《出生医学证明》。

特此说明

申请人（签名、手印）：

_____年____月____日