

## 拒绝提供婴儿父亲信息申明

我\_\_\_\_\_，作为婴儿\_\_\_\_\_母亲，因个人原因拒绝提供婴儿父亲信息，同意在《出生医学证明》上按单亲申领，由此引起的一切后果或法律责任由我个人承担，与县妇幼保健院毫无关系。

申明人签字：\_\_\_\_\_

申明日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_月\_\_\_日