助产机构外出生人员出生医学证明首次签发申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **分娩信息、婴儿姓名及其父母相关信息** | | | | | | | | | | | | | |
| 婴儿姓名  （应与亲子鉴定证明一致） | | |  | | | 性别 |  | | 出生时间  （应与出生情况说明  一致） | 年 月 日 时 分 | | | |
| 出生地点 | | | | | | 省 市 县（区） | | | | | | | |
| 母亲信息 | | 姓名 | |  | | | | 国籍 | |  | 民族 | |  |
| 有效身份证件类别 | | | | | | 居民身份证□ 护照□ 其他 | | | | | |
| 有效身份证件号码 | | | | | |  | | | | | |
| 家庭住址 | | | | | |  | | | | | |
| 父亲信息 | | 姓名 | |  | | | | 国籍 | |  | 民族 | |  |
| 有效身份证件类别 | | | | | | 居民身份证□ 护照□ 其他 | | | | | |
| 有效身份证件号码 | | | | | |  | | | | | |
| 家庭住址 | | | | | |  | | | | | |
| 领证人 | | 姓名 | | |  | | | 与婴儿关系 | |  | 联系电话 | |  |
| 有效身份证件类别 | | | | | | 居民身份证□ 护照□ 其他 | | | | | |
| 有效身份证件号码 | | | | | |  | | | | | |
| **承诺书（必填）**  申请人承诺所提供的上述所有资料信息真实、有效，经核对正确无误，并已详细阅读《出生医学证明》申领须知。如提供虚假材料或存在虚假信息，申请人本人愿意承担相应的后果和法律责任。《出生医学证明》一经签发，证件上的各项信息原则上不予变更。  申请人（本人或监护人）签字（手印）：  联系电话： 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | |
| **以下信息签发机构填写：** | | | | | | | | | | | | | |
| 材料审核 | 1.亲子鉴定证明（交原件） | | | | | | | | | | | 有 口 无 口 | |
| 2.出生情况说明（交原件） | | | | | | | | | | | 有 口 无 口 | |
| 3.新生儿母亲的有效身份证件（验原件，交复印件） | | | | | | | | | | | 有 口 无 口 | |
| 4.新生儿父亲的有效身份证件（验原件，交复印件） | | | | | | | | | | | 有 口 无 口 | |
| 5.领证人有效身份证件（验原件，交复印件） | | | | | | | | | | | 有 口 无 口 | |
| 6.证明领证人监护关系身份的相关材料（验原件，交复印件） | | | | | | | | | | | 有 口 无 口 | |
| 《出生医学证明》存根联粘贴处 | | | | | | | | | | | | | |

**注：**

**1.填写首次签发登记表时，需提供婴儿父母有效身份证件原件并提交复印件；**

**2.表中的“分娩信息、婴儿姓名及其父母相关信息”由领证人填写，所有项目要字迹清楚，若出现涂改，相应内容须由领证人签字确认。**