附件1

《出生医学证明》首次签发登记表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 分 娩 信 息 | | | | | | | | | | | |
| 产妇姓名 | |  | | 住院病历号 | | |  | | 接生单位 | |  |
| 新生儿性别 | |  | | 出生日期 | | | 年 月 日 时 分 | | | | |
| 出生地 | | 省 市 县（区） 乡 | | | | | | | 出生孕周 | | 周 |
| 健康状况 | | 良好 一般 差 | | | | 体重 | 克（g） | | 身长 | | 公分 （cm） |
| 以上内容由接生人员填写，请核对正确无误后签字确认。  接生人员签字： 填表日期： 年 月 日 | | | | | | | | | | | |
| 新生儿姓名及其父母相关信息 | | | | | | | | | | 《出生医学证明》存根粘贴处 | |
| 新生儿姓名 | | | |  | | | | | |
| 母  亲  信  息 | 姓名 | |  | | | | 年龄 |  | |
| 国籍 | |  | | | | 民族 |  | |
| 有效身份证件类别 | | | |  | | | | |
| 有效身份证件号码 | | | |  | | | | |
| 父  亲  信  息 | 姓名 | |  | | | | 年龄 |  | |
| 国籍 | |  | | | | 民族 |  | |
| 有效身份证件类别 | | | |  | | | | |
| 有效身份证件号码 | | | |  | | | | |
| 家庭住址 | |  | | | | | | | |
| 领  证  人 | 姓名 | |  | | 与新生儿关系 | | |  | |
| 有效身份证件类别 | | |  | | | | | |
| 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.填写《出生医学证明》首次签发登记表时，需提供新生儿父母有效身份证件原件。

　 2.表中的分娩信息和新生儿姓名及其父母相关信息分别由接生人员和领证人填写，所有项目要字迹清楚。若出现涂改，相应内容须由接生人员或领证人签字确认。