附件6

《出生医学证明》领取审批表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申请单位（单位公章） |  | 负责人(手写签名) |  |
| 申请日期 |  | 申请单位上批领取时间 |  |
| 申请单位上批领取数量 |  | 上批全市结余数量 |  |
| 本次申请数量 |  | 领取人(手写签名) |  |
| 领取人电话 |  | 领取人身份证号码 |  |
| 出生证明号 段 |  | 出库经办人(手写签名) |  |
| 省妇幼保健院意见 |  签字： 年 月 日 |

注：1、《出生医学证明》的申领实行首问负责制和审批制。

2、申请单位：卫生健康行政部门和区县妇幼保健机构