附件20

《出生医学证明》换发登记表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 原证编号 | | |  | | 新生儿姓名 | | | |  |
| 签发人员 | | |  | | 签发机构 | | | |  |
| **换发原因及提供材料** | | | | | | | | | |
| 换发原因 | | 无效证件换发 | | * 私拆副页 * 乱涂乱改 * 打印错误 * 字迹不清 * 项目不全 * 严重损坏 * 未加盖印章 | | | | | |
| * 其他原因导致无效（说明： ）。 | | | | | |
| 更改信息换发 | | □ 提供法定鉴定机构出具的亲子鉴定证明，要求变更父亲或母亲信息的； | | | | | |
| * 经户口登记机关证实新生儿姓名不能进行出生登记的。 | | | | | |
| 提供和提交的材料 | | | | * 新生儿父母的书面申请。 * 新生儿父母有效身份证原件和复印件。 * 领证人的有效身份证件原件和复印件。 * 如需要变更父母信息还需要提供亲子鉴定证明。 | | | | | |
| 原证正、副页交回情况 | | | | | 正页 正页和副页 | | | | |
| **换发的新证信息** | | | | | | | | | |
| 新生儿姓名 | | | |  | 性别 | | |  | |
| 出生时间 | | | |  | | | | | |
| 出生孕周 | | | |  | 出生体重 | |  | 出生身长 |  |
| 出生地点 | | | |  | | | | 医疗机构名称 |  |
| 母亲信息 | 姓名 | | |  | | 年龄 | |  | |
| 国籍 | | |  | | 民族 | |  | |
| 住址 | | |  | | | | | |
| 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 | |  | |
| 住址 | | |  | | | | | |
| 有效身份证件类别 | | |  | | | | | |
| 有效身份证件号码 | | |  | | | | | |
| 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，并承担相关法律责任。 | | | | | | | | | |
| 领证人签字： | | |  | | | | 日期： | |  |
| 换发人员签字： | | |  | | | | 分管负责人签字 | |  |
| 注：1、在换发登记表背面粘贴换发后的《出生医学证明》存根、原证的正页或正、副页及相关材料。 | | | | | | | | | |
| 2、表中所有项目要字迹清楚。相应内容须由领证人签字确认。 | | | | | | | | | |

《出生医学证明》换发登记本

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 领证日期 | 母亲  姓名 | 父亲  姓名 | 新生儿姓名 | 性别 | 出生  日期 | 原证编号 | 新证编号 | 换发原因 | 领证人有效身份证件号码 | 领证人  签字 | 签发人  签字 | 盖章人  签字 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |