附件23

《出生医学证明》废证季度统计表

市 县（区） 单位名称：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 出生医学证明编号 | 签发机构名称 | 组织机构代码 | 经办人 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

单位负责人： 填表人：

联系方式： 填表日期： 年 月 日

注：区县卫生健康行政部门应于每年2月10日，5月10日，8月10日，11月10日前分别完成上一季度季报表审核，报市妇幼保健院。