附件5

《出生医学证明》季度配发表

年 第 季度

市 县（区） 单位名称： 组织机构代码：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 上季度申领数  (1) | 上季度使用情况 | | | | | | | | | | | | | 上季度库存数  (15) | 上季度医疗保健机构内活产数  （16） | 本季度申领数  （17） |
| 医疗保健机构内出生的  签发数 | | | | | | 医疗保健机构外出生的签发数  (8) | 废证数 | | | | | 合  计  (14) |
| 当年出生的首次签发数  (2) | 既往年度出生的首次签发数  (3) | 家庭接生员接生的签发数  (4) | 换发数  (5) | 补  发  数  (6) | 小  计(7) | 因打印或填写错误数  (9) | 遗  失  数  (10) | 损  毁  数  (11) | 其他原因数(12) | 小  计  (13) |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

单位负责人： 填表人： 联系方式： 填表日期： 年 月 日

注：1.本统计表《出生医学证明》的数量单位为“张”。

2.表中逻辑关系：(7)=(2)+(3)+(4)+(5)+(6)；(13)=(9)+(10)+(11)+(12)；(14)=(7)+(8)+(13)。

3.市级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，报省妇幼保健院。