附件16

医疗保健机构外出生的《出生医学证明》

首次签发登记表

|  |
| --- |
| **分娩信息、新生儿姓名及其父母相关信息** |
| 新生儿姓名 |  | 性别 |  | 出生日期 |  年 月 日 时 分 |
| 出生地 |  市 县（区） 乡 | 出生孕周 | 周 |
| 健康状况 | 良好 一般 差 | 出生体重 |  克（g） | 出生身长 |  公分（cm） |
| 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 |  |
| 户籍所在地 |  |
| 现居住地 |  |
| 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 |  |
| 领证需提供材料 |
| * 亲子关系声明。
* 具有资质的鉴定机构出具的亲子鉴定证明原件和复印件。
* 如有接生人员，需提供接生人员接生情况证明。
 |
|  以上内容由领证人填写和提交，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、在首次登记表背面粘贴《出生医学证明》存根及相关材料。

2、表中新生儿及其父母相关信息由领证人填写，要字迹清楚。若出现涂改，相应内容须由领证人签字确认。

医疗保健机构外出生的《出生医学证明》首次签发登记本

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | 出生证编号 | 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 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |