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 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |