附件4

《出生医学证明》签发机构及印章备案登记表

县级卫生健康 市级卫生健康行政

行政部门（盖章）： 部门审核（盖章）：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 组织机构名称 |  | 组织机构代码 |  | |
| 是否具备助产机构服务资质 | | 是： 否： | | |
| 法人代表 | |  | | |
| 分管领导姓名 |  | | 职务 |  |
| 联系电话 |  | | | |
| 管理人员姓名 |  | | 职务 |  |
| 联系电话 |  | | | |
| 证件申领人 | 姓名 |  | 联系电话 |  |
| 公民身份号码 |  | | |
| 签发人 | 姓名 |  | 联系电话 |  |
| 公民身份号码 |  | | |
| 印章管理人 | 姓名 |  | 联系电话 |  |
| 公民身份号码 |  | | |
| 印章启用时间 |  | | | |
| 印章终止时间 |  | | | |
| 《出生医学证明》专用章式样： | | 《出生医学证明》补发专用章式样： | | |

填表时间： 年 月 日

《出生医学证明》管理人员备案登记表

区（县） 区县卫生健康局（盖章）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 区县卫生行政部门分管人员姓名 |  | 性 别 |  | 职 务 |  |
| 联系方式 | 手 机 |  | | | |
| 办 公 |  | | | |
| 邮 箱 |  | | | |
| 分管领导 |  | 职 务 |  | 联系电话 |  |
| 区县妇幼保健机构分管人员姓名 |  | 性 别 |  | 职 务 |  |
| 联系方式 | 手 机 |  | | | |
| 办 公 |  | | | |
| 邮 箱 |  | | | |
| 分管领导 |  | 职 务 |  | 联系电话 |  |

备注：管理人员变更须重新上报备案登记表