附件17

办理《出生医学证明》书面声明

（样表）

本人姓名 公民身份号码：

户籍地址 省 市 县（区）

乡镇（办） 村（居）。

新生儿母亲 于 年 月 日在

医院或 分娩 男（女）婴，取名 。

因

（必填项） 等原因，无法提供新生儿父亲 （母亲 ）相关信息，本人自愿申请放弃父亲（母亲）相关信息的填写，按单亲为新生儿 办理唯一的出生医学证明。

本人已获知，《出生医学证明》一经签发，证件上的各项信息不能更改、提供信息材料不真实需要承担的法律责任。本人保证所提供的信息及相关材料是真实的，是本人真实意思表达。若今后出现由此带来的一切法律责任和法律纠纷，均由我本人承担，与签发单位无关。

特此声明。

声明人签字（手印）：

年 月 日

注：1.本声明书限于单亲办理《出生医学证明》使用。

2.新生儿父亲或母亲公民身份号码复印件粘贴在背面。