《出生医学证明》补发申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **申请补发原因及确认** | 现因 XXXXXXXXXXX 原因，申请补发《出生医学证明》。  证明材料：  以上提供的证明材料是真实的，本人愿意承担一切法律责任。  母亲/父亲/监护人签字： XXX XX 年 XX 月 XX 日 | | | | | | | | | | |
| （以下信息由原签发机构填写） | | | | | | | | | | | |
| **新生婴儿姓名** | 张三 | **性别** | |  | | | **出生**  **时间** | XX 年 XX 月 XX 日 XX 时XX 分 | | | |
| **接生机构名称及接生人姓名** | XXXXX医院 | | | | | | **旧证编号** |  | | **出生孕周** | 周 |
| **健康**  **状况** | 良好 ；一般 ；差 | | | | | **体重** | 克 | **身长** | | 公分 | |
| **母亲**  **姓名** | 李XX | | **年龄** | | XX | **国籍** | 中国 | **民族** | 汉 | **居民身份证号** | 350103XXXXXXXXXXXX |
| **父亲**  **姓名** | 陈XXX | | **年龄** | | XX | **国籍** | 中国 | **民族** | 汉 | **居民身份证号** | 350103XXXXXXXXXXXX |
| **家庭**  **住址** | 台江区xxxxxxxxxxXxx | | | | | | | **联系电话** | | 137XXXXXXXX | |
| **原签发机构意见** | 审核意见：  负责人签字： （盖章）  XXXX XX 年 XX 月 XX 日 | | | | | | | | | | |
| **补发机构意见** | 负责人签字： 年 月 日 | | | | | | | | | | |
| **新证**  **编号** |  | | | | | | | | | | |