《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** |  |