附件5

《出生医学证明》换领登记表

|  |
| --- |
| **分 娩 信 息** |
| 产妇姓名 |  | 住院病历号 |  | 原证件编号 |  |
| 新生儿性别 |  | 出生时间 |  年 月 日 时 分 |
| 出生地点 |  省（区、市） 市 县（区、市） | 出生孕周 | 周 天 |
| 体 重 | 克 | 身 长 |  厘米 | 医疗机构名称  |  |
| 以上内容根据病案信息填写或打印，核对正确无误后签字确认。 签发人员： 填写日期： 年 月 日 |
| **新生儿及其父母相关信息** | 申请换领原因(在相应序号□上打√)： 1.□《出生医学证明》无效；2.□变更父亲/母亲信息；3.□其他：   |
| 新生儿姓名 |  |
| 母亲信息 | 姓名 |  | 年龄 |  |
| 国籍 |  | 民族 |  |
| 有效身份证件类别 |  |
| 证件号码 |  |
| 现住地址 |  |
| 父亲信息 | 姓名 |  | 民族 |  |
| 国籍 |  | 年龄 |  |
| 有效身份证件类别 |  |
| 证件号码 |  |
| 现住地址 |  |
| 新生儿办理出生登记情况：1.已办理 2.未办理 |
| 领证人 | 姓名 |  | 与新生儿关系 |  |
| 有效身份证件类别 |  |
| 证件号码 |  |
| 以上内容由领证人按换证内容填写，信息必须真实，请核对正确无误后签字确认，并承担相应法律责任。领证人签字：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 年 月 日 |