附件2

广东省出生医学证明邮政速递揽件签收登记表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 出生医学证明编号 | 新生儿母亲姓名 | 新生儿母亲  身份证号 | 新生儿姓名 | 出生日期 | 收件人姓名 | 收件人联系电话 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

本次揽件共 枚出生医学证明，请打印一式两份，各执份。

签发经办人签名： 日期： 年 月 日

邮政揽件人签名： 日期： 年 月 日