附件14

出生医学证明管理信息系统后台操作申请表

|  |  |
| --- | --- |
| 单 位 | 申请理由和办理情况 |
| 医疗机构  申请意见 | 意见：  负责人签名：  （附相关情况资料）  （公章）  年 月 日 |
| 县卫生健康  管理部门意见 | 意见：  签名：    （公章）  年 月 日 |
| 市卫生健康  管理部门意见 | 意见：  签名：  （公章）  年 月 日 |
| 省妇幼保健院  办理情况 |  |