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 |  |