附件2

出生医学证明首次签发登记表

（网上申办专用）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **分 娩 信 息** | | | | | | | | | |
| 产妇姓名 |  | | | 住院病历号 | |  | | | |
| 新生儿性别 |  | | | 出生时间 | | 年 月 日 时 分 | | | |
| 出生孕周 | 周 天 | | 出生体重 | | 克 | | | 出生身长 | 厘米 |
| 出生地点 | 省 市 县（区） | | | | | | | 医疗机构名称 |  |
| 接生人员姓名： 日期： 年 月 日 | | | | | | | | | |
| **新生儿姓名及其父母相关信息** | | | | | | | | | |
| 新生儿姓名 | |  | | | | | | | |
| **母亲信息** | | | | | | | **父亲信息** | | |
| 姓名： 年龄： 岁  国籍： 民族：  有效身份证件类别：  有效身份证件号码：  住址\*： | | | | | | | 姓名： 年龄： 岁  国籍： 民族：  有效身份证件类别：  有效身份证件号码：  住址\*： | | |
| 实人实名刷脸认证： | | | | | | | 实人实名刷脸认证： | | |
| **知情告知**  本表用于《出生医学证明》网上申办确认，采取网上申办的需电子签名（预约现场领取的在“领证人”处现场签名）。须新生儿母亲发起申办，内容由申办人（刷脸认证）在线填写和确认，请核对信息无误后签字确认。该表电子签字确认与现场申领签名确认具有同等效力，并承担相应法律责任。《出生医学证明》一经签发，证件上的各项信息原则上不应变更。申请邮寄到家方式领取的，因邮寄过程产生的费用由申领人承担，相关费用由申领人与邮政速递部门进行结算，网上申办一般5个工作日内由当地邮政机构揽件，具体证件查收可在收到发证通知后及时关注邮政官网查询。  **申办人姓名**： 日期： 年 月 日 | | | | | | | | | |
| 领证人签名： 有效身份证件类别：  有效身份证件号码：  与新生儿关系： 日期： 年 月 日 | | | | | | | | | |
| 存根粘贴位置 | | | | | | | | | |
| 注:1.签发机构打印此表与存根一并归档保存，粘贴《出生医学证明》存根等材料。2.\*住址请填写居民身份证或户口簿上的住址或现住址。 | | | | | | | | | |