附件3

助产机构外出生的出生医学证明首次签发核查表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **新生儿姓名及父母亲相关信息** | | | | | |
| **新生儿姓名** |  | 性 别 | ➀男 ➁女 | | 新生儿相片  （参照居民身份证数字相片格式） |
| 出生年月 | 年 月 日 时 分 | |
| 出 生 地 | 省 市 县 （镇） | |
| **母亲姓名** |  | 有效身份  证件类别 |  | 有效身份  证件号码 |  |
| **父亲姓名** |  | 有效身份  证件类别 |  | 有效身份  证件号码 |  |
| **亲子关系声明** | （新生儿姓名）， （性别）是 （母亲姓名）与 （父亲姓名）亲生。由 （接生人员签名）接生/处理，因 原因，在助产机构外出生。  以上情况属实，并对提交有关申请材料真实性负责，承担有关法律责任。  母亲签名（按手印）: 日期:  父亲签名（按手印）: 日期:  （或监护人签名: 有效身份证件号码： 日期： ）  证明人签名： 证明人与新生儿关系： 日期： | | | | |
| **相关申请材料** | 1、助产机构外出生的出生医学证明首次签发核查表  2、父母亲有效身份证件（留复印件）（非父母申请的要增加监护人证明材料）  3、亲子司法鉴定意见书  4、其他分娩和接生佐证材料 | | | | |
| **县（区）级卫生健康行政部门意见** | 经审核，  1、助产机构内分娩排查 ➀无记录 ➁有记录：  2、预防接种第一针记录情况 ➀无记录 ➁有记录：  3、接生人员调查 ➀无法核实 ➁调查属实：  4、证明人调查 ➀无法核实 ➁调查属实：  审核人员签名： 年 月 日 | | | | |
| ➀同意签发 ➁不同意签发。 理由是：  负责人签名： 单位（盖章）  年 月 日 | | | | |
| **备注** | 粘贴和留存有关存根等材料 | | | | |