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 |