附件5

《出生医学证明》换领登记表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **分 娩 信 息** | | | | | | | | | |
| 产妇姓名 | |  | 住院病历号 |  | | | 原证件编号 | |  |
| 新生儿性别 | |  | 出生时间 | 年 月 日 时 分 | | | | | |
| 出生地点 | | 省（区、市） 市 县（区、市） | | | | | 出生孕周 | | 周 天 |
| 体 重 | | 克 | 身 长 | 厘米 | | | 医疗机构名称 | |  |
| 以上内容根据病案信息填写或打印，核对正确无误后签字确认。  签发人员： 填写日期： 年 月 日 | | | | | | | | | |
| **新生儿及其父母相关信息** | | | | | | | | 申请换领原因(在相应序号□上打√)：    1.□《出生医学证明》无效；  2.□变更父亲/母亲信息；  3.□其他： | |
| 新生儿姓名 | |  | | | | | |
| 母亲信息 | 姓名 |  | 年龄 | |  | | |
| 国籍 |  | 民族 | |  | | |
| 有效身份证件类别 | |  | | | | |
| 证件号码 | |  | | | | |
| 现住地址 | |  | | | | |
| 父  亲信息 | 姓名 |  | 民族 | |  | | |
| 国籍 |  | 年龄 | |  | | |
| 有效身份证件类别 | |  | | | | |
| 证件号码 | |  | | | | |
| 现住地址 | |  | | | | |
| 新生儿办理出生登记情况：1.已办理 2.未办理 | | | | | | | |
| 领证人 | 姓名 |  | 与新生儿关系 | | |  | |
| 有效身份证件类别 | |  | | | | |
| 证件号码 | |  | | | | |
| 以上内容由领证人按换证内容填写，信息必须真实，请核对正确无误后签字确认，并承担相应法律责任。  领证人签字：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 年 月 日 | | | | | | | | | |