

# 《出生医学证明》首次签发登记表

分娩信息					
产妇姓名	丁女士	住院病历号			
新生儿性别	男	出生时间	年	月	日 时 分
出生孕周	周	出生体重	克	出生身长	厘米
出生地点	四川省遂宁市 XX 县（市、区）		医疗机构名称	遂宁市 XX 医院	
以上内容由接生人员填写，请核对正确无误后签字确认。 接生人员签字：_____ 填表日期：_____ 年 _____ 月 _____ 日					
新生儿姓名及其父母相关信息					
新生儿姓名		张小小			
母亲信息	姓名	丁女士	年龄	28	
	国籍	中国	民族	汉	
	住址	四川省遂宁市 XX 区 XX 路 XX 号			
	有效身份证件类别	居民身份证			
	有效身份证件号码	510XXXXXXXXXXXXXXXXXX			
父亲信息	姓名	张先生	年龄	30	
	国籍	中国	民族	汉	
	住址	四川省遂宁市 XX 区 XX 路 XX 号			
	有效身份证件类别	居民身份证			
	有效身份证件号码	510XXXXXXXXXXXXXXXXXX			
领证人	姓名	丁女士	与新生儿关系	母子	
	有效身份证件类别	居民身份证			
	有效身份证件号码	510XXXXXXXXXXXXXXXXXX			
以上内容由领证人填写，请核对正确无误后签字确认，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。 领证人签字：丁女士 _____ 填表日期：2020 年 4 月 12 日					