附件7

《出生医学证明》补领登记表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 原《出生医学证明》编号 | | |  | | | | |
| 申请补领原因 | | □遗失 □被盗 □其他 | | | | | |
| 新生儿姓名 | |  | | | 新生儿性别 | |  |
| 新生儿母亲 | | 姓 名 | | |  | | |
| 有效身份证件类型 | | |  | | |
| 证件号码 | | |  | | |
| 新生儿父亲 | | 姓 名 | | |  | | |
| 有效身份证件类型 | | |  | | |
| 证件号码 | | |  | | |
| 办理户口登记情况 | | □已办理户口登记 □未办理户口登记 | | | | | |
| 领证人 | 姓名 |  | | 与新生儿关系 | |  | |
| 有效身份证件类型 | | |  | | | |
| 证件号码 | | |  | | | |
| 以上内容由领证人填写和提交，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 | | | | | | | |