

附件 1-5

办理出生医学证明单亲申明

新生儿母亲姓名：

联系电话：

身份证件类别：

证件号码：

1.申明人于_____年____月____日在_____市_____区
(市)县的_____ (医疗机构)
分娩男 女婴_____名,新生儿姓名_____。

2.现以单亲身份申请办理出生医学证明,自愿不填写新生儿父亲任何信息,一切后果由本人承担。

3.若今后新增新生儿父亲信息需按照要求提供具有资质的司法鉴定机构出具的亲子鉴定材料。

4.以上信息真实有效,申明人愿意承担由此产生任何纠纷和法律责任。

抄写加粗文字: _____

申明人签字盖手印:

年 月 日