

附件 1-6

办理出生医学证明新生儿选取第三方姓氏申明

新生儿母亲姓名：

联系电话：

身份证件类别：

证件号码：

新生儿父亲姓名：

联系电话：

身份证件类别：

证件号码：

于 _____ 年 _____ 月 _____ 日，在
(医疗机构) _____ 分娩 男 女婴 _____ 名，
因 _____ 原因，申明人自愿放弃新生
儿随父姓和母姓的权力，申明选取其他姓氏，取
名 _____，按照出生医学证明管理相关规定，新
生儿姓名一经签发原则上不做任何修改，由此产生任何法律后
果，申明人愿自行承担全部责任（2014年11月1日前分娩的
新生儿选取第三方姓氏应提供相关亲属关系材料）。

已咨询 _____（公安部门名称），符合
上户要求，**坚持使用此姓名，自愿承担一切后果。**

抄写加粗文字： _____

新生儿母亲

新生儿父亲

签字盖手印：

签字盖手印：

年 月 日

年 月 日