

附件 1-15

出生医学证明换发（补发）申请书

母亲姓名：

联系电话：

身份证件类别：

证件号码：

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）分娩壹☐男 ☐女婴，新生儿姓名_____，
出生医学证明编号_____，办理出生登记
情况：☐已办理 ☐未办理。

因_____等原因申请换发出生医学证明。

因☐遗失 ☐被盗 ☐其他_____等原因
申请补发出生医学证明。

以上提供的信息及证明材料是真实有效的，本人愿意承担一切法律责任。

抄写加粗文字：_____

申请人母亲

申请人父亲

签字盖手印：

签字盖手印：

年 月 日

年 月 日