附件1

**《出生医学证明》废证季度统计表**

 省（区、市） 市 县（区） 单位名称：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **出生医学证明编号** | **签发机构名称** | **组织机构代码** | **经办人** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

单位负责人： 填表人：

联系方式： 填表日期： 年 月 日

注：省级卫生计生行政部门应于每年2月15日，5月15日，8月15日，11月15日前分别完成上一季度季报表审核，报中国疾控中心妇幼中心。