新乡医学院生育登记服务

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 女方 | 姓 名 |   | 身份证号 |   | 民族 |   |
| 部 门 |   | 婚姻状况 |  初婚/再婚 | 结婚时间 | 年 月 日 |
| 户籍所在地 |   | 工作单位 |   | 职务 |   |
| 现居住地 |   | 联系电话 |   |
| 男方 | 姓 名 |   | 身份证号 |   | 民族 |   |
| 出生时间 | 　年　月　日 | 婚姻状况 | 初婚/再婚 | 结婚时间 |  年 月 日 |
| 户籍所在地 |   | 工作单位 |   | 职务 |   |
| 第一个子女姓名 |   | 出生时间 |  年 月 日  | 性别 |   |
| 申请生育二孩理　　　　由 | 根据《河南省人口与计划生育条例》  条  项规定,特提出申请二胎生育指标,请予批准。以上所填情况属实，如果与事实不符，夫妻二人愿承担一切法律责任。　　　　　　　　女方：　　　申请人签字　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日　　　　　　　　男方： |
| 部门意见 |  系我单位职工，与 于 年 月 日结婚，婚后育有一孩，孩子姓名： ，性别： ，身份证号码： ，同意申请二胎指标。 负责人： 公 章： 年 月 日 |
| 计生办意 见 |  |
| 计划生育委员会副主任意见 |  |
| 主管领导意见 |  |