

出生証明書

原本対照済 印

病録番号
連番号

1	出生児の父母	父	氏名		年齢	年 月 日 満 歳	職業	
		母	氏名		年齢	年 月 日 満 歳	職業	
2	母の住所							
3	出生場所						⑥	
		①自宅 ③医院 ⑤助産所 ②病院 ④母子保健センター ⑦その他					②-⑤ 名称	
4	出生日時	年 月 日 時 分 (24時間制による)				出生 児	性別	男 女 不詳
5	妊娠期間	週					氏名	
6	多 胎	①双胎 ②三胎 ③ 胎	多胎出産中の 本児の出産位	①第1児②第2児③第3児④第4児				
			多胎出産中の 胎児の状態	出生 人 (男 人、女 人) 死産 胎 (男 胎、女 胎、不詳 胎)				
7	母の産児数	名中、生存者 名、死亡者 名、死産者 胎						
8	出生児の身体状況						体重	
9	出生児の健康状態							
上記のとおり証明する。 発 行 日： 年 月 日 医 療 機 関： 住所及び名称： 電話及びFAX： 免 許 番 号： 第 号 医師氏名： (印) *注意：出生届は1ヶ月以内に管轄邑. 面. 洞事務所に届出しなければなりません。								

翻訳者：