

附件 4

出生医学证明真伪鉴定核查函

_____ 区市妇幼保健计划生育服务中心:

根据《山东省卫生计生委、山东省公安厅关于印发<山东省出生医学证明管理办法(试行)>的通知》(鲁卫妇幼字〔2024〕30号)要求,本所申请对编号为_____ 的《出生医学证明》进行 1、载体鉴定; 2、信息核实。

附:《出生医学证明》原件/复印件

派出所名称:

经办民警:

联系电话:

派出所盖章(调查证明材料专用章)

申请日期: