附件2

南京市《出生医学证明》管理机构人员登记表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 卫生行政机构名称 |  | 法人代表 |  |
| 分管领导 | 姓 名 |  | |
| 职 务 |  | |
| 联系电话 |  | |
| 责任科室 |  | 负责人 |  |
| 管理责任人 | 姓 名 |  | |
| 职 务 |  | |
| 联系电话 |  | |
| 委托管理机构名称 |  | 法人代表 |  |
| 分管领导 | 姓 名 |  | |
| 职 务 |  | |
| 联系电话 |  | |
| 责任科室 |  | 负责人 |  |
| 管理责任人 | 姓 名 |  | |
| 职 务 |  | |
| 联系电话 |  | |
| 证件领取人 | 姓 名 |  | |
| 职 务 |  | |
| 联系电话 |  | |

备注：由出生医学证明管理机构填写。