**Cơ sở Y tế Mẫu BYT/CS-2015**

………………….………  **Số:** …………….……

**Quyển số:** ……….…

**GIẤY CHỨNG SINH**

*(Ban hành kèm theo Thông tư số :34/2015/TT-BYT ngày 27 tháng10 năm 2015 của Bộ trưởng Bộ Y tế)*

**1. Thông tin của bên nhờ mang thai hộ:**

Họ và tên vợ: ……………………………….. Năm sinh: …………

Số CMND/Hộ chiếu: …………………….…Dân tộc: ……………

Nơi đăng ký thường trú: ……………..……………………………….

Họ và tên chồng: …………………………..…Năm sinh: …………

Số CMND/Hộ chiếu: …………………….…Dân tộc: ……………

Nơi đăng ký thường trú: ……………..……………………………….

**2. Phần thông tin của bên mang thai hộ**

Họ và tên vợ: ……………………………….. Năm sinh: …………

Số CMND/Hộ chiếu: …………………….…Dân tộc: ……………

Nơi đăng ký thường trú: ……………..……………………………….

Họ và tên chồng: …………………………..…Năm sinh: …………

Số CMND/Hộ chiếu: …………………….…Dân tộc: ……………

Nơi đăng ký thường trú: ……………..……………………………….

Đã sinh con vào lúc:…giờ.…phút….ngày…tháng …năm …

Tại: …………………………………………………………………………..

Số lần sinh:……………Số con hiện sống……………… …………

Số con trong lần sinh này:……………………………………………

Giới tính của con: …………………………..Cân nặng ……………

Hiện trạng SK của con: ……………………………………………

Dự định đặt tên con là: ……………………………………………….

Người đỡ đẻ:………………..……………………………………..………

…………., ngày … tháng …. năm 20……

Người MTH Người nhờ MTH Người đỡ đẻ Thủ trưởng CSYT

(ký, ghi rõ họ tên) (ký, ghi rõ họ tên) (ký, ghi rõ họ tên) (Ký,ghi rõ chức danh)

Lưu ý Giấy chứng sinh cấp lần đầu: Số: Quyển số: (nếu cấp lại)