

计划生育手术并发症申请及鉴定表  
(参考样表)

申 请 人：\_\_\_\_\_

所在行政区：\_\_\_\_\_省(自治区、直辖市)  
\_\_\_\_\_县(市、区)  
\_\_\_\_\_乡(镇、街道)  
\_\_\_\_\_村(居委会)

国家人口和计划生育委员会

## 一、计划生育手术并发症首次鉴定申请表

受术者基本情况	姓名		性别		出生年月		本人 1 寸照片										
	身份证号		邮编		联系电话												
	工作单位			职业													
	现住址																
施行计划生育手术情况	手术名称				施术时间	年 月 日											
	施术地点				施术单位												
申请鉴定理由	<p style="text-align: center;">( 描述术后不适发生时间及相应治疗等，并将有关材料附于表后 )：</p> <p style="text-align: center;">申请人 ( 签字/公章 )：</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p>																
提供有关证件	<p style="text-align: center;">( 提供原件，并留复印件，附在最后页上 )</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;">1. 受术者</td> <td style="width: 50%;">2. 施术机构</td> </tr> <tr> <td>( 1 ) 有效身份证 (      )</td> <td>( 1 ) 执业许可证明</td> </tr> <tr> <td>( 2 ) 婚姻证明 (      )</td> <td>( 2 ) 施术人员资质证明</td> </tr> <tr> <td>( 3 ) 施行计划生育手术的证明 (      )</td> <td>( 3 ) 其他</td> </tr> <tr> <td>( 4 ) 其他 (      )</td> <td></td> </tr> </table>							1. 受术者	2. 施术机构	( 1 ) 有效身份证 (      )	( 1 ) 执业许可证明	( 2 ) 婚姻证明 (      )	( 2 ) 施术人员资质证明	( 3 ) 施行计划生育手术的证明 (      )	( 3 ) 其他	( 4 ) 其他 (      )	
1. 受术者	2. 施术机构																
( 1 ) 有效身份证 (      )	( 1 ) 执业许可证明																
( 2 ) 婚姻证明 (      )	( 2 ) 施术人员资质证明																
( 3 ) 施行计划生育手术的证明 (      )	( 3 ) 其他																
( 4 ) 其他 (      )																	
施术单位所在地的 县级人口计生行政 部门审查意见	<p style="text-align: center;">负责人 ( 签字 )：</p> <p style="text-align: center;">单位公章：</p> <p style="text-align: center;">( 注：县级鉴定前填写 )</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p>																



### 三、申请市级人口和计划生育行政部门鉴定申请表

受术者基本情况	姓名		性别		出生年月		本人 1 寸照片
	身份证号		邮编		联系电话		
	工作单位			职业			
	现住址						
施行计划生育手术情况	手术名称				施术时间	年 月 日	
	施术地点				施术单位		
县级鉴定结论	<p>1.属于计划生育手术并发症，为____级____等_____术后并发症。</p> <p>2.不属于计划生育手术并发症。</p> <p>鉴定日期： 年 月 日</p>						
申请再次鉴定理由	<p>申请人（签字/公章）： _____ 申请日期： 年 月 日</p>						
施术单位所在地的县级人口计生行政部门上报市级鉴定的意见	<p>负责人（签字）： _____</p> <p>单位公章： _____</p> <p>（注：上报市级鉴定前填写） _____ 年 月 日</p>						
施术单位所在地的市级人口计生行政部门审查意见	<p>负责人（签字）： _____</p> <p>单位公章： _____</p> <p>（注：市级鉴定前填写） _____ 年 月 日</p>						



## 五、申请省级人口和计划生育行政部门鉴定申请表

受术者基本情况	姓名		性别		出生年月		本人1寸照片
	身份证号		邮编		联系电话		
	工作单位			职业			
	现住址						
施行计划生育手术情况	手术名称				施术时间	年 月 日	
	施术地点				施术单位		
市级鉴定结论	1.属于计划生育手术并发症，为____级____等_____术后并发症。 2.不属于计划生育手术并发症。  <div style="text-align: right;">鉴定日期： 年 月 日</div>						
申请再次鉴定理由	申请人（签字/公章）： _____ 申请日期： 年 月 日						
施术单位所在地的市级人口计生行政部门上报市级鉴定的意见	<div style="text-align: right;">负责人（签字）：</div> <div style="text-align: right;">单位公章：</div> <div style="text-align: right;">年 月 日</div> <p style="text-align: center;">（注：上报省级鉴定前填写）</p>						
施术单位所在地的省级人口计生行政部门审查意见	<div style="text-align: right;">负责人（签字）：</div> <div style="text-align: right;">单位公章：</div> <div style="text-align: right;">年 月 日</div> <p style="text-align: center;">（注：省级鉴定前填写）</p>						



## 七、资料粘贴页

( 有关本人证件、 医疗文书资料、 检查报告单等粘贴、 装订  
此页或后页 )