

행 정 기 관 명

수신자
(경유)
제 목 미숙아 및 선천성이상아 출생사항 보고

「모자보건법 시행규칙」 제7조의2제2항에 따라 미숙아 및 선천성이상아 출생사항을 아래와 같이 보고합니다.

출생아 모		주소 (전화)	분만 기관명 (요양기관 기호)	분만 일	보조 생식 술여 부		다태아 여부			출생 시 체중 (g)	임신 기간 (주)	분만 시 발견된 선천성이상아 소견		기타 참고 사항
성명	생년 월일				체 외	인 공	단 태 아	쌍 태 아	삼 태 이 상			진단1	진단2 (진단3)	

주(註): 출생아 모가 「위기 임신 및 보호출산 지원과 아동 보호에 관한 특별법」 제2조제3호에 따른 비식별화된 가명을 부여받은 경우에는 출생아 모의 성명 대신 가명을 기재할 수 있고 생년월일과 주소(전화)를 기재하지 않을 수 있습니다. 끝.

발 신 명 의

직인

기안자 직위(직급) 서명

검토자 직위(직급)서명

결재권자 직위 (직급)서명

협조자

시행 처리과-일련번호(시행일자)

접수

처리과명-일련번호(접수일자)

우 주소

/ 홈페이지 주소

전화()

전송()

/ 기안자의 공식전자우편주소

/ 공개구분