附件4

北京市流动人口再生育确认服务单

编号：

女方姓名： 民族: 出生日期： 年 月 日

证件号码： 工作单位：

户籍地址：

现住地址：

男方姓名： 民族: 出生日期： 年 月 日

证件号码： 工作单位：

户籍地址：

现住地址：

生育情况：已生育（ ）个子女

○未怀孕 ○已怀孕（怀孕周数 ） ○ 其他

子女姓名： 性别： 出生日期： 年 月 日

子女姓名： 性别： 出生日期： 年 月 日

子女姓名： 性别： 出生日期： 年 月 日

(盖章)

年 月 日

生育服务项目：

1.免费增补叶酸 2.免费孕前优生健康检查

3.免费新生儿先天性疾病筛查

4.免费领取避孕药具 5.免费建立健康档案

6.免费0-6岁学龄前儿童健康体检等

具体请登录市区卫计委网站或咨询当地卫计部门。