**计划生育政策落实情况审核表（个人）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓  名 |  | | | | 性  别 |  | | | 身份证号码 | | |  | | | |
| 结 婚  时 间 | 年 月 日 | | | | | 单  位 |  | | | | | | 联系电话 |  | |
| 配偶  情况 | 姓  名 |  | | | 出生  时间 | 年 月 | | | | | 单  位 |  | | | |
| 生育子女情况（几男几女） | | 男 女 | | | | 最小孩子  出生时间 | | | | | 年 月 | | | 备  注 |  |
| 何时落实何节  育措施（证号） | | 年 月 日落实 手术，证号： | | | | | | | | | | | | | |
| 领取《独生子女父母光荣证》情况 | | | 时  间 | 年 月 | | | | 证  号 | |  | | | | | |
| 参加“双查”或接受访视情况 | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 是否受过计划生育处理，具体情况 | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 单位意见  （请注明是否抱送养、遗弃、政策外生育孩子等情况） | | 经办人签名： 单位公章  联系电话： 2020年 月 日 | | | | | | | | | | | | | |
| 所在乡（镇）  卫生计生办公室意见 | | 经办人签名： 单位公章  联系电话： 2020年 月 日 | | | | | | | | | | | | | |
| 县卫生计生  管理部门意见 | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 说 明 | | 1、本表一式三份，乡（镇）卫生计生办审核时要自行留底，须经县卫生计生部门签注时留底一份，当事人一份。  2、审核时请随带乡镇卫生计生办出具的“乡镇计生信息卡”等。  3、其它需要说明的情形应按事实予以说明。 | | | | | | | | | | | | | |