附件2

年全年“母婴三证”申领计划表

设区市 单位名称（盖章）：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 证件种类 | 年度计划 | 第一季度计划 | 第二季度计划 | 第三季度计划 | 第四季度计划 |
| 出生医学证明（张） |  |  |  |  |  |
| 母婴保健技术  服务执业许可证（套） |  |  |  |  |  |
| 母婴保健技术  考核合格证书（套） |  |  |  |  |  |

注：填报年度计划总数和每季度证件需求量。

负责人： 填表人： 填表日期： 年 月 日 联系电话：