附件二：

**徐汇区免费孕前优生健康检查服务申请表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **女方** | | **男方** | |
| 姓名 |  | 姓名 |  |
| 出生年月 |  | 出生年月 |  |
| 工作单位 |  | 工作单位 |  |
| 文化程度 |  | 文化程度 |  |
| 身份证号 |  | 身份证号 |  |
| 户籍地址 |  | 户籍地址 |  |
| 联系电话 |  | 联系电话 |  |
| 现居住地址 |  | | |
| 结婚日期 | 年月日 | | |
| 结婚证号 |  | | |
| 所选医院 | 🞏上海市第八人民医院🞏徐汇区妇幼保健所 | | |
| 街道意见 | 审批：经办人：  年月日 | | |

备注：婚姻状况如有过变化且已生育过子女的对象，需一并提供再生育告知书。