

独生子女父母

光荣证

北京市卫生健康委员会

计生第

号

子 女	姓 名		性 别	
	出生日期	年 月 日		
	身份证号码			

主管机关审批盖章：

经办人：

办证时间： 年 月 日

项 目	备注	备注
信 息		
经 办 人	(公章) 日期:	(公章) 日期:
项 目	备注	备注
信 息		
经 办 人	(公章) 日期:	(公章) 日期:

注 意 事 项

- 一、凭证按规定享受有关待遇。
- 二、本证不得涂改，否则无效。
- 三、对生育第二胎的夫妻应及时收回本证，取消有关待遇；夫妻再婚后本证自动失效，应当交回办证机关。
- 四、本证须由乡镇人民政府或者街道办事处主管部门盖章方为有效。