附件3

    市死胎证明

兹我院病人           ，年龄     岁，有效身份证件类型：        ，证件号码：        ，于

     年    月    日，在我院引产、死胎、死产胎儿，胎儿胎龄    周，性别    。

病人户籍地址：

病人现住地址：

请               殡仪馆协助办理火化手续。

特此证明

出证人（签名）：

出证单位（盖章）：

年     月     日