**计划生育手术服务联系单**

 编号：（ ） 流动人口居住证编号：

女方姓名： 社保编号：

身份证号码： 联系电话：

户籍地：

现居住地：

工作单位：

男方姓名： 身份证号码：

户籍地：

现居住地：

工作单位：

拟行计划生育手术机构：

拟行计划生育手术项目（请在下列选项框中打√）:

□输卵管结扎 □输卵管复通 □输精管结扎 □输精管复通

放置宫内节育器 □取出宫内节育器 □皮埋术 □取皮埋

□流产术 □引产术（原因： ）

单位： （盖章）

有效期： 天 年 月 日

注：此联系单由本人交医院留存作为与社保经办机构定额结算的凭证。