

जन्म प्रमाण पत्र

जन्म रिपोर्ट विधिक सूचना	जन्म रिपोर्ट सांख्यिकीय सूचना	
इस भाग को जन्म रजिस्टर के साथ जोड़ा जाना है	इस भाग को अलग सांख्यिकीय के लिए भेजा जाता है	बहु जन्मों को स्थिति में प्रत्येक शिशु के लिये अलग-अलग फार्म भरें और नीचे बायीं तरफ के बॉक्स के अभियुक्त मद में जुड़वाँ जन्म या तिहरा जन्म अंकित करें।
सूचक द्वारा भरने हेतु	सूचक द्वारा भरने हेतु	सूचक द्वारा भरने हेतु
1. जन्म की तारीख : (शिशु जन्म की वास्तविक तिथि, उदाहरणार्थ ०१-०१-२०००)	8. माता के निवास का शहर या गांव : माता जहां निवास करती है यह प्रसव के स्थान से भिन्न हो सकता है। घर का पता अंकित करने की आवश्यकता नहीं है। क. शहर/ग्राम का नाम ख. यह शहर है या ग्राम नीचे लिखे उपयुक्त प्रविष्टि को चिन्हित करें। 1. शहर <input type="checkbox"/> 2. ग्राम <input type="checkbox"/> ग. जिला का नाम : घ. राज्य का नाम :	14. शादी के समय माता की उम्र (पूरे वर्षों में) : (एक से ज्यादा बार विवाहित होने कि स्थिति में प्रथम विवाह के समय की उम्र अंकित करें)
2. लिंग : पुरुष <input type="checkbox"/> स्त्री : <input type="checkbox"/>	9. परिवार का धर्म : (नीचे लिखे उपयुक्त प्रविष्टि को चिन्हित करें) 1. हिन्दू <input type="checkbox"/> 2. मुस्लिम <input type="checkbox"/> 3. इसाई <input type="checkbox"/>	15. इस प्रसव के समय मात की आयु (पूरे वर्षों में) : ...
3. शिशु का नाम : अगर कोई हो अगर नामकरण नहीं किया गया हो तो खाली छोड़ दें।	10. पिता के शिक्षा का स्तर : शिक्षा का पूर्ण स्तर अंकित करें, उदाहरणार्थ अगर	16. इस शिशु सहित माता द्वारा जनित कुल जीवित बच्चों की संख्या : (पूर्व के विवाह/विवाहो द्वारा जनित जीवित अन्य की संख्या भी समाविष्ट की जाये, अगर कोई हो तो)
4. पिता का नाम : पूरा नाम जैसा कि सामान्यतः लिखा जाता है।	4. अन्य कोई धर्म(धर्म का नाम अंकित करें)	17. प्रसव के समय परिचर्या का प्रकार : नीचे लिखे उपयुक्त प्रविष्टि को चिन्हित करें.) 1. संस्थागत- सरकारी 2. संस्थागत- निजी या गैर सरकारी 3. चिकित्सक- नर्स या प्रशिक्षित दाई 4. परम्परागत प्रसाविका 5. संबन्धी या अन्य.
5. माता का नाम : पूरा नाम जैसा कि सामान्यतः लिखा जाता है।	18. प्रसव की विधि :	
6. जन्म - स्थान : नीचे लिखे उपयुक्त प्रविष्टि १ या २ को चिन्हित करें। और अस्पताल/संस्थान का नाम या घर का पता दे जहां जन्म की घटना हुई है।		
1. अस्पताल/संस्थान का नाम :		
2. घर का पता :		
3. अन्य स्थान :		
7. सूचक का नाम :		

<p>पता :</p> <p>1 से 20 तक के सभी मदों को पुरा करने के पश्चात सूचक यहीं हस्ताक्षर और तारीख देंगे सूचक का हस्ताक्षर या बांये अंगूठे का निशान दिनांक :.....</p>	<p>सातवाँ वर्ग तक पढा हो और छठा वर्ग उत्तीर्ण हुआ हो तो छठा वर्ग लिखें.</p> <p>11... माता के शिक्षा का स्तर :..... उदाहरणार्थ अगर सातवाँ वर्ग तक पढा हो और छठा वर्ग उत्तीर्ण हुआ हो तो छठा वर्ग लिखें..</p> <p>12. पिता का व्यवसाय :..... यदि कोई व्यवसाय नहीं तो शून्य लिखें</p> <p>13. माता का व्यवसाय :..... यदि कोई व्यवसाय नहीं तो शून्य लिखें.</p>	<p>(नीचे अंकित उपयुक्त को चिन्हित करें)</p> <p>1. प्राकृतिक 2. शल्य क्रिया 3. फोरसेप/ शून्य (वैक्युम)</p> <p>19. जन्म के शिशु का वजन :..... कि०ग्राम में (यदि उपलब्ध है)</p> <p>20. गर्भाधान की अवधि (सप्ताह में):..... (मदों की प्रविष्टियां पूर्ण हुई, अब बायें तरफ हस्ताक्षर करें)</p>
<p>रजिस्ट्रार द्वारा भरने हेतु</p> <p>रजिस्ट्रीकरण संख्या :</p> <p>रजिस्ट्रीकरण की तारीख :</p> <p>रजिस्ट्रीकरण इकाई :</p> <p>शहर/ग्राम : जिला :</p> <p>अभ्युक्ति (यदि कोई) :</p> <p>रजिस्ट्रार का नाम और हस्ताक्षर</p>	<p>रजिस्ट्रार द्वारा भरने हेतु</p> <p>नाम :</p> <p>जिला :</p> <p>तहसील :</p> <p>शहर/ग्राम :</p> <p>रजिस्ट्रीकरण इकाई :</p>	<p>रजिस्ट्रीकरण की संख्या :</p> <p>रजिस्ट्रीकरण की तिथि :</p> <p>जन्म की तारीख :</p> <p>लिंग : 1. पुलिंग <input type="checkbox"/> 2. स्त्रीलिंग <input type="checkbox"/></p> <p>जन्म का स्थान : 1. अस्पताल/संस्थान <input type="checkbox"/> 2. घर <input type="checkbox"/></p> <p>रजिस्ट्रार का नाम और हस्ताक्षर</p>