



## درخواست فارم برائے کمپیوٹرائزڈ برتھ رجسٹریشن

کنٹونمنٹ بورڈ سیالکوٹ کینٹ

کمپیوٹرائزڈ برتھ رجسٹریشن کے حصول کے لئے درج ذیل فارم پر کر کے متعلقہ عملہ سے رابطہ کریں۔



Applicant Name: \_\_\_\_\_

Applicant CNIC No.: \_\_\_\_\_

Child Name: \_\_\_\_\_

Relation: \_\_\_\_\_

Gender: \_\_\_\_\_

Religion / Occupation : \_\_\_\_\_

Father's Name: \_\_\_\_\_

Father CNIC No.: \_\_\_\_\_

Mother's Name: \_\_\_\_\_

Mother CNIC No.: \_\_\_\_\_

Age of Mother: \_\_\_\_\_

Distt. of Birth: \_\_\_\_\_

ہیلتھ سنٹر  گھر  ہسپتال

تاریخ پیدائش \_\_\_\_\_

Vaccinated:  Yes  No

Disability: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

District: \_\_\_\_\_

G. Father Name \_\_\_\_\_

CNIC No.: \_\_\_\_\_

Dr./Mid wife Name \_\_\_\_\_

CNIC No.: \_\_\_\_\_

- 1 درخواست دہندہ کا نام
- 2 درخواست دہندہ کا شناختی کارڈ نمبر
- 3 بچے کا نام
- 4 بچے کا درخواست دہندہ سے رشتہ
- 5 جنس
- 6 مذہب / پیشہ
- 7 والد کا نام
- 8 والد کا شناختی کارڈ نمبر
- 9 والدہ کا نام بعد ولادت
- 10 والدہ کا شناختی کارڈ نمبر
- 11 والدہ کی عمر
- 12 پیدائش کا ضلع
- 13 جائے پیدائش
- 14 تاریخ اندراج
- 15 دیگر زندہ بچوں کی تعداد
- 16 معذوری
- 17 پتہ:
- 18 ضلع
- 19 دادا کا نام
- 20 شناختی کارڈ نمبر
- 21 ڈاکٹر/مڈوائف نام
- 22 شناختی کارڈ نمبر
- 23 دستخط درخواست دہندہ

تصدیق کنندہ

برائے دفتری استعمال

لیٹ

ٹارل

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

CBRC NO. ISSUED

دستخط کینٹ ایگزیکٹو آفیسر سیالکوٹ چھاؤنی  
تاریخ \_\_\_\_\_