

درخواست فارم برائے کمپیوٹرائزڈ برتھ رجسٹریشن



Applicant Name _____ درخواست دہندہ کا نام _____

Applicant N.I.C No. _____ درخواست دہندہ کا شناختی کارڈ نمبر _____

Religion _____ مذہب _____

Father's Name _____ والد کا نام _____

Father's N.I.C. No. _____ والد کا شناختی کارڈ نمبر _____

Mother's Name _____ والدہ کا نام _____

Mother's N.I.C. No. _____ والدہ کا شناختی کارڈ نمبر _____

District of Birth _____ پیدائش کا ضلع _____

Vaccinated Yes No جائے پیدائش ہسپتال گھر ہیلتھ سینٹر

Disability _____ معذوری _____

Address _____ پتہ _____

Grand Father's Name _____ دادا کا نام _____

Grand Father's N.I.C. No. _____ دادا کا شناختی کارڈ نمبر _____

_____ ڈاکٹر ادائیگی کا نام _____ درخواست دہندہ کا دستخط _____

نمبر شمار	بچوں کے نام	Child Name	CRMS No. فارم نمبر	رشتہ	تاریخ پیدائش	پرانا رجسٹریشن نمبر
1						
2						
3						
4						
5						