



मुख्य रजिस्ट्रार (जन्म मृत्यु) छत्तीसगढ़
मृत-जन्म सूचना/मृत-जन्म रजिस्टर
(विधिक सूचनाएं)

यह भाग जन्म पंजिका में जुड़ेगा

बुक क्र. क्र.

फार्म क्र.-3/फार्म क्र.-9



सत्यमेव जयते

पत्र सं. 3

मुख्य रजिस्ट्रार (जन्म-मृत्यु) छत्तीसगढ़
मृत-जन्म सूचना
(सांख्यिकी सूचनाएं)

बुक क्र. क्र.

फार्म क्र.-3

(सूचना देने वाले द्वारा भरा जाएगा)

1. जन्म की तिथि :.....
(सही दिन, मास व वर्ष लिखें)
2. लिंग (संक्षिप्त में नहीं) :.....
1. पुरुष 2. महिला
3. पिता का नाम :.....
(पूर्ण जैसे लिखा जाता है)
4. माता का नाम :.....
(पूर्ण जैसे लिखा जाता है)
5. जन्म का स्थान :- (सही का निशान लगावें)
1. अस्पताल/संस्था में
नाम :.....
2. घर में पता :.....
.....
6. सूचनादाता का नाम :.....
पता :.....
7. ग्राम या शहर का नाम जहां माता का निवास हो:.....
(माँ जहां सामान्यतः रहती है यह स्थान प्रसव की जगह से भिन्न हो सकता है वहां का पता आवश्यक नहीं)
क. नाम शहर/ग्राम :.....
ख. निवास स्थान नगर है या ग्राम (सही का निशान लगावें)
1. शहर 2. ग्राम
ग. जिला का नाम :.....
घ. राज्य का नाम :.....
8. इस जन्म के समय माता की आयु (पूर्ण वर्षों में) :.....
9. माता की शिक्षा का स्तर :.....
(शिक्षित हो तो उत्तीर्ण कक्षा लिखें)
10. प्रसूति के समय परिचर्या (सही का निशान लगावें)
1. संस्थागत-शासकीय
2. संस्थागत-निजी या अशासकीय
3. डॉक्टर, नर्स या प्रशिक्षित दाई
4. पारम्परिक दाई
5. सम्बन्धी या अन्य
11. गर्भावस्था की कुल अवधि (सप्ताहों में) :.....
12. मृत जन्म का कारण (यदि ज्ञात हो) :.....
(जब स्तंभ 1 से 12 तक पूरे भर जाए तब सूचना देने वाला यहां हस्ताक्षर करेगा)

प्रपत्र सं. 3

मृत-जन्म सूचना
(प्रतिपण जानकारी)

बुक क्र.....

क्र.....

फार्म क्र-3

(सूचनादाता द्वारा भरा जाएगा)

1. जन्म दिनांक :.....
2. लिंग (सही का निशान लगायें)
अ. पुरुष ब. महिला
3. शिशु के पिता का नाम :.....
4. शहर/ग्राम :.....
5. सूचनादाता का नाम व पता :.....
.....

सूचना प्राप्तकर्ता के
हस्ताक्षर व दिनांक

रजिस्ट्रार द्वारा भरा जाना है

पंजीकरण संख्या :पंजीकरण दिनांक :.....

पंजीकरण इकाई :.....

शहर/ग्राम :.....

जिला :.....

(टिप्पणी यदि कोई हो तो) :.....

नाम :.....कोण संख्या :.....

जिला :.....

तहसील :.....

शहर/ग्राम :.....

पंजीकरण इकाई :.....

पंजीयन क्र. :..... पंजीकरण दिनांक :.....

मृत्यु तिथि :.....लिंग : 1. पुरुष 2. महिला

आयु :..... (वर्ष/माह/दिन/घंटे)

जन्म स्थान : 1. अस्पताल/संस्था, 2. घर 2. अन्य स्थान

रजिस्ट्रार का नाम व मोहर सहित हस्ताक्षर एवं सील

