

# 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						