

सं. 1
S.No. 1



उत्तर प्रदेश सरकार
GOVERNMENT OF UTTAR PRADESH
चिकित्सा एवं स्वास्थ्य विभाग
DEPARTMENT OF MEDICAL AND HEALTH
सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र कम्पिल
COMMUNITY HEALTH CENTRE KAMPIL

प्रपत्र-5
FORM 5



जन्म प्रमाण-पत्र
BIRTH CERTIFICATE

(ISSUED UNDER SECTION 12/17 OF THE REGISTRATION OF BIRTHS & DEATHS ACT, 1969 AND RULE 8/13 OF THE UTTAR PRADESH REGISTRATION OF BIRTHS & DEATHS RULES 2002)

(जन्म मृत्यु रजिस्ट्रीकरण अधिनियम, 1969 की धारा 12 / 17 तथा उत्तर प्रदेश जन्म मृत्यु रजिस्ट्रीकरण नियम, 2002 के नियम 8/13 के अंतर्गत जारी किया गया)

यह प्रमाणित किया जाता है निम्नलिखित सूचना जन्म के मूल अभिलेख से ली गई है जो कि सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र कम्पिल तहसील कैमगंज जिला फर्रुखाबाद राज्य/संघ प्रदेश उत्तर प्रदेश, भारत के रजिस्टर में उल्लिखित है।

THIS IS TO CERTIFY THAT THE FOLLOWING INFORMATION HAS BEEN TAKEN FROM THE ORIGINAL RECORD OF BIRTH WHICH IS THE REGISTER FOR COMMUNITY HEALTH CENTRE KAMPIL OF TAHSIL/BLOCK KAIMGANJ OF DISTRICT FARRUKHABAD OF STATE/UNION TERRITORY UTTAR PRADESH, INDIA.

नाम / NAME: SHOBHA

लिंग / SEX: FEMALE

आधार नंबर / AADHAAR NUMBER:

XXXX-XXXX-NA

जन्म तिथि / DATE OF BIRTH:

10-12-2019

TEN -DECEMBER-TWO THOUSAND NINETEEN

जन्म स्थान / PLACE OF BIRTH:

CHC KAMPIL

माता का नाम / NAME OF MOTHER:

SUDHA

पिता का नाम / NAME OF FATHER:

FOOL SINGH

माता का आधार नंबर / AADHAAR NUMBER OF MOTHER:

XXXX-XXXX-6409

पिता का आधार नंबर / AADHAAR NUMBER OF FATHER:

XXXX-XXXX-0894

बच्चे के जन्म के समय माता-पिता का पता /

ADDRESS OF PARENTS AT THE TIME OF BIRTH OF THE CHILD:

VILLAGE RAIPUR CHINGHATPUR POST KAMPIL KAIMGANJ DISTRICT
FARRUKHABAD UTTAR PRADESH 209505

माता-पिता के स्थायी पता /

PERMANENT ADDRESS OF PARENTS:

VILLAGE RAIPUR CHINGHATPUR POST KAMPIL KAIMGANJ DISTRICT
FARRUKHABAD UTTAR PRADESH 209505

पंजीकरण संख्या / REGISTRATION NUMBER:

B20230950347007872

पंजीकरण तारीख / DATE OF REGISTRATION:

23-10-2023

टिप्पणी / REMARKS (IF ANY):

जारी करने की तिथि / DATE OF ISSUE:

23-10-2023

Updated On: 23-10-23 01:34:01



'This QR code can be used to check the authenticity of the certificate'

प्राधिकारी के हस्ताक्षर / SIGNATURE OF ISSUING AUTHORITY :

रजिस्ट्रार (जन्म एवं मृत्यु)
REGISTRAR (BIRTH & DEATH)

सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र कम्पिल
COMMUNITY HEALTH CENTRE KAMPIL

" प्रत्येक जन्म एवं मृत्यु का पंजीकरण सुनिश्चित करें / ENSURE REGISTRATION OF EVERY BIRTH AND DEATH"