



Form-B

UNION COUNCIL NO.

LAHORE

APPLICATION FORM FOR BIRTH REGISTRATION, DGBT, CITY DISTRICT GOVERNMENT, LHR.

درخواست برائے اندراج کمپیوٹرائزڈ برتھر رجسٹریشن

Applicant's Name _____	درخواست دہندہ کا نام
Child Name _____	درخواست دہندہ کا شناختی کارڈ نمبر
Father's Name _____	بچے کا درخواست دہندہ سے رشتہ
Mother's Name _____	والد کا نام
Grandfather's Name _____	والد کا شناختی کارڈ نمبر
Date of Birth _____	والدہ کا نام
Distt. Of Birth _____	والدہ کا شناختی کارڈ نمبر
Place of Birth Hospital <input type="checkbox"/> Home <input type="checkbox"/> Health Centre <input type="checkbox"/> Others <input type="checkbox"/>	دادا کا نام
Gender _____ Religion _____	دادا کا شناختی کارڈ نمبر
Doctor / Mid-wife Name _____	تاریخ پیدائش
Entry Date _____	جنس
Vaccinated Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Vaccination Card # _____	جائے پیدائش
Address _____	ڈاکٹر/دانی کا نام
Applicant's Signature _____	معدوری
	ایڈریس

FOR OFFICE USE ONLY

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

Form No.

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

CBRC No. Issued

مارل اندراج لیٹ اندراج ارجنٹ درستی فیس اندراج
 تاریخ _____ روپے بینک چالان نمبر _____

تصدیق علاقہ کونسلر کلاس ون آفیسر

ولد زوجہ

میں مسمی مسما

تصدیق کرتی ہوں کہ مندرجہ بالا کوائف پیدائش میرے علم کے مطابق درست ہیں اور میں اس خاندان کو ذاتی جاننا جانتی ہوں۔

شناختی کارڈ نمبر

درخواست دہندہ

مہر تصدیق کنندہ

تاریخ