

पिंपरी चिंचवड महानगरपालिका,पिंपरी – ४११ ०१८.
वैद्यकीय विभाग

प्रति,

उपनिबंधक, जन्म- मृत्यू नोंदणी,

दिनांक :-

.....दवाखाना/रुग्णालय

क्रमांक :-

विषय : जन्म नोंदणीचा दाखला मिळणेबाबत...

अर्जदार : संपूर्ण नांव :-

पत्ता (जवळच्या खुणेसह):-

दुरध्वनी (घरचा) :- मोबाईल क्र.....

आधार कार्ड नंबर :- पॅन कार्ड नंबर :-

महोदय,

कारणे विनंती अर्ज करतो/ करते की माझ्या मुलाचा/ मुलीचा जन्म दि. रोजी येथे घरी /..... या दवाखान्यात/ रुग्णालयात झाला आहे. त्याची नोंद आपल्या कार्यालयात झाली आहे. तरी मला त्याच्या/तिच्या जन्म नोंदणी दाखल्याच्या प्रति मिळव्यात, ही नम्र विनंती.

सदर दाखला मिळण्यास कामकाजाचे किमान ३ दिवस लागतील याची मला जाणीव आहे.

१) बालकाचे संपूर्ण नांव :

Name of Child ;

२) जन्म दिनांक : नोंदणी क्र..... नोंदणी दिनांक

Date of Birth : Reg.No..... Date of Reg.

३) वडिलांचे नांव :

Name of Father :

४) आईचे नांव :

Name of Mother :

५) कायमचा पत्ता :

Permanent Address of Father & Mother :

आपला विश्वासू

अर्जदाराची सही/ डाव्या हाताचा अंगठा
संपूर्ण नांव

(टीप: दोन्ही भाषेत अर्ज भरणे आवश्यक) (Write in BLOCK LETTERS)