



नगर निगम हैरिटेज एवं ग्रेटर, जयपुर

रजिस्ट्रार / उप रजिस्ट्रार महोदय,
जन्म-मृत्यु शाखा (मुख्यालय)/
.....जोन,
नगर निगम हैरिटेज एवं ग्रेटर, जयपुर

हिन्दी / अंग्रेजी

जन्म प्रमाण पत्र हेतु आवेदन पत्र

1. रजिस्ट्रेशन नम्बर (यदि ज्ञात हो)
2. लिंग पुरुष / स्त्री
3. जन्म दिनांक
4. सन्तान का नाम (हिन्दी में)
5. सन्तान का नाम (अंग्रेजी में)
6. जन्म स्थान घर/अस्पताल का नाम
7. प्रतियों की संख्या
8. माता का नाम
9. पिता का नाम
10. माता-पिता का वर्तमान पता
11. माता-पिता का स्थाई पता
12. लड़का/लड़की से संबंध
13. आवेदक माता-पिता नहीं हो तो प्रार्थी द्वारा प्रमाण पत्र लिये जाने का कारण

कैशियर, नकल व नाम शुल्क.....रु. जमा करें।

कैशियर
कृपया जमा की मोहर यहाँ अंकित करें।

आवेदक के हस्ताक्षर

आवेदक का नाम.....

पता.....

मोबाईल नं.

- आवेदक स्वयं के फोटोयुक्त ID की स्वप्रमाणित फोटोप्रति लगावें।
- जन्म की दिनांक से 15 वर्ष पूर्व तक ही माता-पिता अपनी सन्तान का नाम जन्म प्रमाण पत्र में दर्ज करवा सकते हैं।
- नाम दर्ज होने के उपरान्त नाम में किसी प्रकार का संशोधन नहीं किया जाएगा।
- यदि पूर्व में रजिस्ट्रेशन नहीं है अथवा किसी प्रकार का संशोधन कराया जाना है, तो इसके लिये संबंधित कार्मिक से पूर्ण जानकारी करने के पश्चात् ही जानकारी अनुसार वांछित कार्यवाही पूर्ण करें।
- प्रमाण पत्र अंग्रेजी में चाहे जाने हेतु आवेदन पत्र अंग्रेजी के कैपीटल अक्षरों में भरें।

अस्पताल में हुये जन्म प्रमाण पत्र में संशोधन हेतु प्रपत्र

अस्पताल का नाम व पूर्ण पता.....

क्रमांक :-

दिनांक :-

श्रीमान् रजिस्ट्रार,

जन्म-मृत्यु पंजीयन,

नगर निगम हैरिटेज एवं ग्रेटर, जयपुर

विषय : जन्म प्रमाण पत्र में संशोधन बाबत।

महोदय,

उपरोक्त विषय में अनुरोध है कि चिकित्सालय के पंजीयन संख्या.....

दिनांक.....द्वारा पूर्व में भिजवाये गये जन्म रिपोर्ट प्रपत्र संख्या- 1 में सूचना भिजवाई गई थी, इसमें निम्नानुसार संशोधन करवाने का श्रम करें।

पूर्व में भिजवाई गई सूचना		संशोधन किये जाने हेतु सूचना	
माता का नाम		माता का नाम	
पिता का नाम		पिता का नाम	
लिंग		लिंग	
जन्म दिनांक		जन्म दिनांक	
माता-पिता का स्थायी पता		माता-पिता का स्थायी पता	
जन्म के समय माता-पिता का पता		जन्म के समय माता-पिता का पता	

उपरोक्त जन्म के रिकार्ड में हमने अपने रिकार्ड में संशोधन कर लिया है। कृपया आप भी संशोधित सूचना के अनुसार आपके विभाग के अभिलेख में संशोधन करवाने का श्रम करावें।

कैशियर, संशोधन शुल्क.....रु. जमा करें।

कैशियर
कृपया जमा की मोहर यहाँ अंकित करें।

चिकित्सा अभिलेख अधिकारी के हस्ताक्षर मय मोहर
अस्पताल का पता व फोन नम्बर

4. ये परिवाद अन्दर म्याद है