

ફોર્મ નં. ૩

દરેક મૃત જન્મની નોંધ માટે ભરવું ફરજિયાત છે.

મૃતજન્મ રિપોર્ટ

કાયદાકીય માહિતી

આ ભાગ મૃત જન્મ રજિસ્ટર સાથે જોડવો.

દરેક મૃત જન્મની નોંધ માટે ભરવું ફરજિયાત છે.

ફોર્મ નં. ૩

મૃત જન્મ રીપોર્ટ

આંકડાકીય માહિતી

આ ભાગ કાપીને ફોર્મ નં. ૧૩ માં માસિક સમરી રીપોર્ટ સાથે તાલુકા રજિસ્ટ્રારને આંકડાકીય પ્રક્રિયા માટે મોકલવો.

બહુવિધ જન્મની બાબતમાં દરેક બાળક માટે અલગ ફોર્મ ભરવું અને ડાબી બાજુએ આપેલા રીમાર્ક્સ કોલમમાં જે તે કિસ્સા પ્રમાણે, જોડીયા અથવા ત્રિગુણ જન્મ..... વગેરે એવો ઉલ્લેખ કરવો.

માહિતી આપનારે ભરવું

૧. જન્મ તારીખ : ૦૨-૦૬-૨૦૨૧
૨. જાતિ (✓ કરો) : પુરુષ સ્ત્રી અન્ય
૩. પિતાનું નામ : રાજેશભાઈ રુરેશભાઈ પટેલ
- ૪-અ. માતાનું નામ : રાધાબેન
- ૪-બ. માતાનો પૂર્વ સેવા પ્રસૂતિ નોંધણી નં. :
- ૪-ક. પેટા કેન્દ્ર નંબર :
૫. જન્મનું સ્થળ : (✓ કરો)
૧. દવાખાનું / સંસ્થા હોય તો નામ સરનામું
એબીસી હોસ્પિટલ,
સીડીઈ રોડ, રૂર
૨. ઘર
૩. અન્ય
૬. માહિતી આપનારનું નામ/સરનામું:
રાજેશભાઈ રુરેશભાઈ પટેલ

તારીખ : ૦૪-૦૬-૨૧

માહિતી આપનારની સહી અથવા
ડાબા અંગૂઠાનું નિશાન.

(કોલમ ૧ થી ૧૨ બધા જ પૂર્ણ ભર્યા બાદ, માહિતી આપનારે અહીં તારીખ તથા સહી કરવી.)

માહિતી આપનારે ભરવું

૭. માતાનું રહેઠાણ :
- (અ) રાજ્યનું નામ : ગુજરાત
- (બ) જિલ્લાનું નામ : રૂર
- (ક) તાલુકાનું નામ : -
- (ડ) શહેર/ગામનું નામ : રૂર

૮. આ જન્મ વખતે માતાની ઉંમર : ૨૪

૯. માતાના શિક્ષણનું સ્તર :

અભણ ધો. ૭થી ઓછું ધો. ૭થી વધુ અનેધો. ૧૨થી ઓછું ધો. ૧૨થી વધુપણ ગ્રેજ્યુએટથી ઓછું ગ્રેજ્યુએટ અને વધુ નહીં દર્શાવેલ

૧૦. પ્રસૂતિ વખતે લીધેલી સારવારનો પ્રકાર (✓ કરો) :

- (૧) સંસ્થાકીય - સરકારી
- (૨) સંસ્થાકીય- ખાનગી અથવા બિનસરકારી
- (૩) ડોક્ટર, નર્સ અથવા તાલીમી મીડવાઈક
- (૪) દાયણ
- (૫) સંબંધી અથવા અન્ય

૧૧. સગર્ભાવસ્થાનો સમયગાળો (અઠવાડિયામાં દર્શાવવો) : ૩૪

૧૨. અપરિપક્વ શિશુના મરણનું કારણ
(જો જાણમાં હોય તો) :

(માહિતી ભરવાના કોલમ પૂર્ણ થયા બાદ ડાબી બાજુએ સહી કરવી.)

SAMPLE FORM

રજિસ્ટ્રારે ભરવું

નોંધણી નંબર :

નોંધણી તારીખ :

શહેર / ગામનું નામ :

રિમાર્ક્સ(જો હોય તો)

જિલ્લો :

રજિસ્ટ્રારનું નામ અને સહી

જિલ્લો :

તાલુકો :

શહેર/ગામનું નામ :

વસતિ ગણતરી મુજબ ગામ/શહેરનો કોડ નં. :

રજિસ્ટ્રારે ભરવું

નોંધણી નંબર :

નોંધણી તારીખ :

જન્મ તારીખ :

જાતિ : (પુરુષ/સ્ત્રી/અન્ય જે હોય તે સ્પષ્ટ લખવું)

જન્મનું સ્થળ :- (૧) દવાખાનું / સંસ્થા (૨) ઘર (૩) અન્ય સ્થળ

રજિસ્ટ્રારનું નામ અને સહી :