



# حکالہ کنٹونمنٹ بورڈ درخواست فارم برائے کمپیوٹرائزڈ برتھر رجسٹریشن



Enter  
CEO

Date of Birth

-  -  شناختی کارڈ نمبر \_\_\_\_\_ درخواست دہندہ کا نام

\_\_\_\_\_ مذہب \_\_\_\_\_ بچے کا درخواست دہندہ سے رشتہ \_\_\_\_\_ بچے کا نام

-  -  شناختی کارڈ نمبر \_\_\_\_\_ والد کا نام

-  -  شناختی کارڈ نمبر \_\_\_\_\_ والدہ کا نام

Applicant Name \_\_\_\_\_ Relation \_\_\_\_\_

Child Name \_\_\_\_\_

Father Name \_\_\_\_\_

Mother Name \_\_\_\_\_

Vaccinated \_\_\_\_\_ Religion \_\_\_\_\_ District of Birth \_\_\_\_\_

Date of Birth \_\_\_\_\_ Disability \_\_\_\_\_ Location \_\_\_\_\_

Date of Registration \_\_\_\_\_ Gender \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ گلی نمبر \_\_\_\_\_ مکان نمبر \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ اضافی پتہ \_\_\_\_\_ محلہ \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ تحصیل و ضلع \_\_\_\_\_

House No \_\_\_\_\_ Street No. \_\_\_\_\_ Block No. \_\_\_\_\_

Neighborhood \_\_\_\_\_

Add Info \_\_\_\_\_

Tehsil & Dist \_\_\_\_\_

-  -  دادا کا شناختی کارڈ نمبر \_\_\_\_\_ دادا کا نام

\_\_\_\_\_ ڈاکٹر/ادائی کا نام

G. Father Name \_\_\_\_\_ Doctor / Midwife Name \_\_\_\_\_

Applicant Cont No. \_\_\_\_\_ Applicant signature \_\_\_\_\_

Date of Registration \_\_\_\_\_