

S.No. 1

क्रमांक 1



GOVERNMENT OF UTTAR PRADESH

उत्तर प्रदेश सरकार

DEPARTMENT OF MEDICAL AND HEALTH

DISTRICT MAHILA HOSPITAL GONDA

जिला महिला चिकित्सालय गोण्डा

FORM 5

प्रपत्र-5



BIRTH CERTIFICATE

जन्म प्रमाण पत्र

(ISSUED UNDER SECTION 12/17 OF THE REGISTRATION OF BIRTHS & DEATHS ACT, 1969 AND RULE 8/13 OF THE UTTAR PRADESH REGISTRATION OF BIRTHS & DEATHS RULES 2002.)

(जन्म मृत्यु रजिस्ट्रीकरण अधिनियम, 1969 की धारा 12 / 17 तथा उत्तर प्रदेश जन्म मृत्यु रजिस्ट्रीकरण नियम, 2002 के नियम 8/13 के अंतर्गत जारी किया गया)

THIS IS TO CERTIFY THAT THE FOLLOWING INFORMATION HAS BEEN TAKEN FROM THE ORIGINAL RECORD OF BIRTH WHICH IS THE REGISTER FOR DISTRICT MAHILA HOSPITAL GONDA OF TAHSIL/BLOCK GONDA OF DISTRICT GONDA OF STATE/UNION TERRITORY UTTAR PRADESH, INDIA

यह प्रमाणित किया जाता है निम्नलिखित सूचना जन्म के मूल अभिलेख से ली गई है जो कि जिला महिला चिकित्सालय गोण्डा तहसील गोण्डा जिला गोण्डा राज्य/संघ प्रदेश उत्तरप्रदेश भारत के रजिस्टर में उल्लिखित है।

NAME / नाम : SHAMBHAVI SINGH

SEX / लिंग : FEMALE

AADHAAR NUMBER / आधार नंबर : XXXXXXXX

DATE OF BIRTH / जन्म तिथि :

27/06/2023

TWENTY-SEVENTH JUNE, TWO THOUSAND TWENTY-THREE

PLACE OF BIRTH / जन्म स्थान :

VILL-GORCHHAHAN PURWA, PO-LILOI KALAN, LELOI KALAN, DISTT-GON

NAME OF MOTHER / माता का नाम :

SHIVANI SINGH

NAME OF FATHER / पिता का नाम:

ABHISHEK KUMAR SINGH

AADHAAR NUMBER OF MOTHER / आधार नंबर: XXXXXXXX 4291

AADHAAR NUMBER OF FATHER / आधार नंबर: XXXXXXXX 9824

ADDRESS OF PARENTS AT THE TIME OF BIRTH OF THE CHILD /

बच्चे के जन्म के समय माता-पिता का पता:

VILL-GORCHHAHAN PURWA, PO-LILOI KALAN, LELOI KALAN,
DISTT-GONDA, UP, PIN-271401

PERMANENT ADDRESS OF PARENTS / माता-पिता के स्थायी पता:

VILL-GORCHHAHAN PURWA, PO-LILOI KALAN, LELOI KALAN,
DISTT-GONDA, UP, PIN-271401

REGISTRATION NUMBER / पंजीकरण संख्या:

B-2024: 9-90347-006752

DATE OF REGISTRATION / पंजीकरण तारीख:

18/09/2025

REMARKS (IF ANY) / टिप्पणी (यदि कोई हो):

DATE OF ISSUE / जारी करने की तिथि:

18-09-25 02:47:54

Updated On: 18-09-25 02:47:54



'This QR code can be used to check the authenticity of the certificate'

SIGNATURE OF ISSUING AUTHORITY / जारी करने वाला प्राधिकारी:

REGISTRAR (BIRTH & DEATH)

रजिस्ट्रार (जन्म एवं मृत्यु)

DISTRICT MAHILA HOSPITAL GONDA

जिला महिला चिकित्सालय गोण्डा

"ENSURE REGISTRATION OF EVERY BIRTH AND DEATH / प्रत्येक जन्म एवं मृत्यु का पंजीकरण सुनिश्चित करें"