



ہیلتھ انفارمیشن مینجمنٹ سروسز (Health Information Management Services)

درخواست برائے تصحیح یا ڈپلیکیٹ پیدائش سرٹیفکیٹ (Application Form For Ammedment/Duplicate in Birth Certificate)

فارم-سی (Form-C)

_____	:	(Date)	تاریخ
_____	:	(Mother's M.R #)	والدہ کا میڈیکل ریکارڈ نمبر
_____	:	(Sex of Infant)	نومولود کی جنس
_____	:	(Date of Birth)	تاریخ پیدائش
_____	:	(Name of Immediate Relative)	قریبی عزیز کا نام
_____	:	(Relationship with the Infant)	نومولود سے رشتہ
_____	:	(Contact #)	فون نمبر
_____	:	(Type)	نوعیت
_____	:	(Reason)	وجہ حصول یا تبدیلی
_____	:	(Change to)	تبدیلی درکار ہے

(to be filled by the applicant) درخواست کنندہ بھرے

حلف نامہ: اوپر جو کچھ بیان ہے وہ میری معلومات اور یقین (ایمان) کے مطابق درست ہے اور کوئی حقائق چھپانے نہیں گئے ہیں۔

(The above statement is true and correct to the best of my knowledge and belief and nothing has been canceled.)

(Signature of Mother/Father/Immediate Relative) والد/والدہ/قریبی عزیز کے دستخط

نوٹ: (Please Note)

۱- والد یا والدہ یا قریبی عزیز سرٹیفکیٹ جمع کرانے کے مجاز ہوں گے۔

(only Mother or Father/immediate relative is authorized to submit the application or collect the Birth certificate)

۲- یہ درخواست فارم داخل کروانے کے بعد کوئی تبدیلی قبول نہیں کی جائیگی۔ (No change will be made after the submission of this form)

۳- درخواست فارم کے ساتھ اصل پیدائش سرٹیفکیٹ مع نقول شناختی کارڈ والد/والدہ/عزیز اور ۳۰۰ روپے جمع کروانا لازمی ہیں۔

(Original Birth Certificate with a copy of N.I.C of both the parents/Immediate relative must be submitted along with fee of RS-300/-)

۴- تصحیح شدہ سرٹیفکیٹ تعطیل نہ ہونے کی صورت میں ۳ تا ۴ دن کے بعد جاری کیا جائے گا۔ (Ammeded certificate will be issued after 3-4 working days)

۵- اپنا مطلوبہ ریکارڈ ۴۵ دن کے اندر وصول کر لیں بصورت دیگر (HIMS) اس ریکارڈ کا ذمہ دار نہ ہوگا اور نئی درخواست جمع کرانی ہوگی۔ (Please receive your requested record in 45 days otherwise new request have to be submitted.)

صرف دفتری استعمال کے لئے (For Office Use)

_____	(cash slip #)	کیش سلپ نمبر	_____	(Certificate Received by)	وصول کنندہ سرٹیفکیٹ	_____	(Application received by)	وصول کنندہ درخواست
_____	(Amount)	رقم	_____	(Signature)	دستخط	_____	(Signature)	دستخط
_____			_____	Date/تاریخ		_____	Date/تاریخ	

رسید (Receipt)

برائے مہربانی میڈیکل نمبر \_\_\_\_\_ کا تصحیح شدہ سرٹیفکیٹ \_\_\_\_\_ کو حاصل کیجئے۔ سرٹیفکیٹ کی وصولی کے لئے یہ پرچی اپنے ساتھ لائیں۔

(please collect the ammeded birth certificate applied for M.R # \_\_\_\_\_ on \_\_\_\_\_. Please bring this slip with you for collection of the certificate)

\_\_\_\_\_ (Name of Applicant) درخواست کنندہ کا نام

\_\_\_\_\_ (Application Received By) دستخط (signature) \_\_\_\_\_: Date/تاریخ

لیاقت نیشنل ہسپتال، ہیلتھ انفارمیشن مینجمنٹ سروسز ڈیپارٹمنٹ، فون نمبر # ۰۲۱-۳۴۴۱۲۰۸