



ଓଡିଶା ସରକାର  
GOVERNMENT OF ODISHA

ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ଓ ପରିବାର କଲ୍ୟାଣ ବିଭାଗ  
DEPARTMENT OF HEALTH AND FAMILY WELFARE

ଫର୍ମ -5  
FORM-5



COMMUNITY HEALTH CENTER GODIBANDHA

ଜନ୍ମ ପ୍ରମାଣପତ୍ର  
BIRTH CERTIFICATE

( ଜନ୍ମ, ମୃତ୍ୟୁ ପଞ୍ଜିକରଣ ଅଧିନିୟମ, ୧୯୬୯ ର ଧାରା ୧୨/୧୩ ତଥା ଓଡିଶା ଜନ୍ମମୃତ୍ୟୁ ପଞ୍ଜିକରଣ ନିୟମ, ୨୦୦୧ ର ନିୟମ ୮/୧୩ ଅନୁସାରେ ପ୍ରଦାନ କରାଗଲା ) ( ISSUED UNDER SECTION 12/17 OF THE REGISTRATION OF BIRTHS & DEATHS ACT, 1969 AND RULE 8/13 OF THE ODISHA REGISTRATION OF BIRTHS & DEATHS RULES 2001)

ଏହା ପ୍ରମାଣ କରାଯାଉଅଛି କି ନିମ୍ନଲିଖିତ ସୂଚନା ଜନ୍ମର ମୂଳ ଅଭିଲେଖାକୁ ଗୃହୀତ ହୋଇଅଛି, ଯାହା ଓଡିଶା ରାଜ୍ୟ ଜିଲ୍ଲା ସ୍ଥାନୀୟ ଅଂଚଳ ତହସିଲ / ବ୍ଲକ୍ COMMUNITY HEALTH CENTER GODIBANDHA ପାଇଁ ରେଜିଷ୍ଟ୍ରେସନ୍ ରେ ରଖାଯାଇଅଛି  
THIS IS TO CERTIFY THAT THE FOLLOWING INFORMATION HAS BEEN TAKEN FROM THE ORIGINAL RECORD OF BIRTH WHICH IS THE REGISTER FOR COMMUNITY HEALTH CENTER GODIBANDHA OF TAHSIL/BLOCK TALCHER SADAR OF DISTRICT ANGUL OF STATE/UNION TERRITORY ODISHA, INDIA.

ପ୍ରାପ୍ତ ନାମ / NAME: RAJASHREE BEHERA

ଲିଙ୍ଗ / SEX: ମହିଳା / FEMALE

ଜନ୍ମ ତାରିଖ / DATE OF BIRTH:

09-08-2017

NINTH-AUGUST-TWO THOUSAND SEVENTEEN

ଜନ୍ମ ସ୍ଥାନ / PLACE OF BIRTH:

KRISHNA CLINIC

ମାତାଙ୍କ ନାମ / NAME OF MOTHER:

SUPRIYA BEHERA

ପିତାଙ୍କ ନାମ / NAME OF FATHER:

RATIKANTA BEHERA

ଆଧାର କାର୍ଡ / MOTHER'S AADHAAR NO:

ଆଧାର କାର୍ଡ / FATHER'S AADHAAR NO:

ଶିଶୁ ର ଜନ୍ମ ସମୟରେ ମାତା ପିତାଙ୍କ ଠିକଣା / ADDRESS OF PARENTS AT THE TIME OF BIRTH OF THE CHILD:

KALAM CHHUIN, COLLIERY, ANGUL, ODISHA

ପରିମାଣିତ ମାତାଙ୍କ ସ୍ଥାୟୀ ଠିକଣା / PERMANENT ADDRESS OF PARENTS:

KALAM CHHUIN, COLLIERY, ANGUL, ODISHA

ପଞ୍ଜିକରଣ ସଂଖ୍ୟା / REGISTRATION NUMBER:

B-2017: 21-01512-002033

ପଞ୍ଜିକରଣ ତାରିଖ / DATE OF REGISTRATION:

08-09-2017

ମନ୍ତବ୍ୟ / REMARKS (IF ANY):

---

ନିର୍ଗମନ ତାରିଖ / DATE OF ISSUE:

21-10-2017

ନିର୍ଗମନ ଅଧିକାରୀ / ISSUING AUTHORITY:

ରେଜିଷ୍ଟ୍ରାର (ଜନ୍ମ ଓ ମୃତ୍ୟୁ)  
REGISTRAR (BIRTH & DEATH)

COMMUNITY HEALTH CENTER GODIBANDHA

UPDATED ON:

08-09-2017 11:59:33



"THIS IS A COMPUTER GENERATED CERTIFICATE."

"THE GOVT. OF INDIA VIDE CIRCULAR NO. 1/12/2014-VS(CRS) DATED 27-JULY-2015 HAS APPROVED THIS CERTIFICATE AS A VALID LEGAL DOCUMENT FOR ALL OFFICIAL PURPOSES".

"ସ୍ୱଚ୍ଛେଦ ଜନ୍ମ ଏବଂ ମୃତ୍ୟୁର ପଞ୍ଜିକରଣ ସୁନିଶ୍ଚିତ କରନ୍ତୁ" / ENSURE REGISTRATION OF EVERY BIRTH AND DEATH

