

बुक क्र. फार्म क्र. 1 फार्म क्र. 7	क्र. जन्म सूचना/जन्म रजिस्टर (वैधानिक जानकारी)	बुक क्र.	क्र. जन्म सूचना (सांख्यिकीय जानकारी)
(सूचनादाता द्वारा भरा जाएगा)		(सूचनादाता द्वारा भरा जाएगा)	
1. जन्म दिनांक		10. माता के सामान्य निवास का स्थान : (अ) स्थान का नाम	16. विवाह के समय माता की आयु
2. लिंग - पुरुष/स्त्री		(ब) क्या वह नगर है या ग्राम है ? (निम्न समुचित प्रविष्टि पर <input type="checkbox"/> का निशान लगाएं)	(पूर्ण वर्षों में)
3. शिशु का नाम (यदि कोई हो)		1. नगर 2. ग्राम	17. इस प्रसूति के समय माता की आयु
4. पिता का नाम		(स) जिले का नाम	18. इस बालक सहित माता द्वारा कुल जीवित जन्में बच्चों की संख्या
5. माता का नाम		(द) राज्य का नाम	19. प्रसूति के समय परिचर्या (निम्न समुचित प्रविष्टि पर <input type="checkbox"/> का निशान लगाएं)
6. बच्चे के जन्म के समय माता/पिता का पता		11. परिवार का धर्म	1. संस्थागत - शासकीय
7. माता/पिता का स्थायी पता		(निम्न समुचित प्रविष्टि पर <input type="checkbox"/> का निशान लगाएं)	2. संस्थागत - निजी या अशासकीय
8. जन्म स्थान (निम्न समुचित प्रविष्टि पर <input type="checkbox"/> का निशान लगाएं)		1. हिन्दू 2. मुस्लिम 3. ईसाई	3. डॉक्टर, नर्स या प्रशिक्षित दाई
(1) अस्पताल / संस्था में		4. अन्य धर्म (नाम लिखें)	4. पारम्परिक जन्म परिवारक (दाई)
नाम			5. नातेदार या अन्य
(2) घर में		12. पिता की शिक्षा का स्तर	20. प्रसूति का तरीका (निम्न समुचित प्रविष्टि पर <input type="checkbox"/> का निशान लगाएं)
पता		(पूर्ण किए गए शैक्षणिक स्तर को प्रविष्टि करें)	1. प्राकृतिक 2. शल्यक्रिया (आपरेशन)
9. सूचनादाता का नाम व पता		13. माता की शिक्षा का स्तर	3. उपकरण द्वारा (फोरसेप/वैक्यूम)
		(पूर्ण किए गए शैक्षणिक स्तर को प्रविष्टि करें)	21. जन्म के समय वजन (कि. ग्राम में)
		14. पिता का व्यवसाय	22. गर्भ की अवधि (सप्ताहों में)
		15. माता का व्यवसाय	
दिनांक	सूचनादाता के हस्ताक्षर/अंगूठे का निशान		
रजिस्ट्रार द्वारा भरा जाए		रजिस्ट्रार द्वारा भरा जाए	
रजिस्ट्रीकरण क्रमांक		नाम	कोड क्रमांक
रजिस्ट्रीकरण दिनांक		जिला	
रजिस्ट्रीकरण इकाई		तहसील	
नगर/ग्राम		नगर/ग्राम	
जिला		रजिस्ट्रीकरण इकाई	
टिप्पणी			
	रजिस्ट्रार का नाम व हस्ताक्षर एवं सील		रजिस्ट्रीकरण क्रमांक
			रजिस्ट्रीकरण दिनांक
			जन्म दिनांक
			लिंग : 1. पुरुष 2. स्त्री
			जन्म का स्थान : 1. अस्पताल/संस्था 2. घर
			रजिस्ट्रार का नाम व हस्ताक्षर एवं सील



मुख्य रजिस्ट्रार (जन्म-मृत्यु) मध्यप्रदेश



मुख्य रजिस्ट्रार (जन्म-मृत्यु) मध्यप्रदेश

बुक क्र. फार्म क्र. 2 फार्म क्र. 8	क्र. मृत्यु सूचना / मृत्यु रजिस्टर (वैधानिक जानकारी) (सूचनादाता द्वारा भरा जाएगा)	बुक क्र. मृत्यु सूचना (सांख्यिकीय जानकारी) (सूचनादाता द्वारा भरा जाएगा)	क्र. फार्म क्र. 2
1. मृतक का नाम	12. मृतक के सामान्य निवास का स्थान : (अ) स्थान का नाम	16. क्या मृत्यु का कारण चिकित्सीय रूप से प्रमाणित किया गया ? (<input checked="" type="checkbox"/> का निशान लगाए) 1. हां 2. नहीं	
2. मृतक का लिंग - (पुरुष/स्त्री)	(ब) क्या वह नगर है या ग्राम है ? (<input checked="" type="checkbox"/> का निशान लगाए) 1. नगर 2. ग्राम	17. बीमारी का नाम या मृत्यु का वास्तविक कारण (चाहे चिकित्सीय रूप से प्रमाणित हो अथवा नहीं)	
3. मृत्यु का दिनांक	(स) जिले का नाम	18. स्त्री मृत्यु की दशा में क्या मृत्यु गर्भावस्था में, प्रसूति के समय या गर्भावस्था के समाप्त होने के बाद 6 सप्ताह के भीतर हुई ? (<input checked="" type="checkbox"/> का निशान लगाए) 1. हां 2. नहीं	
4. मृत्यु का स्थान	(द) राज्य का नाम	19. यदि धूम्रपान का आदि था तो कितने वर्षों से ?	
5. मृतक के पिता/माता का नाम	13. परिवार का धर्म (<input checked="" type="checkbox"/> का निशान लगाए) 1. हिन्दू 2. मुस्लिम 3. ईसाई	20. मृतक किसी भी रूप में तम्बाकू सेवन करता था तो कितने वर्षों से ?	
6. मृतक के पति/पत्नी का नाम	14. मृतक का व्यवसाय	21. मृतक यदि सुपारी, पान मसाला या पान चबाने का आदि था तो कितने वर्षों से ?	
7. मृतक की आयु (यदि मृतक की आयु 1 वर्ष से अधिक हो तो पूर्ण किये गए वर्ष, यदि मृतक की आयु 1 वर्ष से कम थी तो आयु मास में तथा यदि 1 माह से कम था तो पूर्ण दिनों की संख्या और यदि एक दिन से कम हो तो घंटे)	15. मृतक से पूर्व प्राप्त चिकित्सा का प्रकार (<input checked="" type="checkbox"/> का निशान लगाए) 1. संस्थागत 2. संस्थागत के अलावा अन्य चिकित्सा 3. कोई चिकित्सा नहीं	22. मृतक यदि मदिरा पान का आदी था तो कितने वर्षों से ?	
8. मृतक का मृत्यु के समय पता			
9. मृतक का स्थायी पता			
10. मृत्यु का स्थान (निम्न समुचित प्रविष्टि पर <input checked="" type="checkbox"/> का निशान लगाए) (1) अस्पताल / संस्था में नाम पता			
(2) घर में पता			
(3) (अन्य स्थान पर) पता			
11. सूचनादाता का नाम व पता			
दिनांक	सूचनादाता के हस्ताक्षर/अंगूठे का निशान रजिस्ट्रार द्वारा भरा जाए	रजिस्ट्रार द्वारा भरा जाए	
पंजीयन दिनांक	पंजीयन इकाई	पंजीयन क्रमांक	
पंजीयन इकाई	नगर/ग्राम	पंजीयन दिनांक	
नगर/ग्राम	तहसील	मृत्यु दिनांक	
जिला	जिला	लिंग : 1. पुरुष 2. स्त्री	
टिप्पणी		आयु	(वर्ष/माह/दिन/घंटे)
		मृत्यु का स्थान 1. अस्पताल/संस्था 2. घर	
			रजिस्ट्रार का नाम व हस्ताक्षर एवं सील