

Form No. 3

STILL BIRTH REPORT
(To be filled by the informant)

In case of multiple birth, fill a separate form for each birth & mention twin/triplet in remark

Legal Information		Statistical Information											
1. Date of Birth	<table border="1"><tr><td>D</td><td>D</td><td>M</td><td>M</td><td>Y</td><td>Y</td><td>Y</td><td>Y</td></tr></table>	D	D	M	M	Y	Y	Y	Y	7. Name of Town / Village of Residence of the mother	12. Cause of foetal death: (if known)		
D	D	M	M	Y	Y	Y	Y						
2. Sex :	Male / Female / Transgender	b) Is it a Town / Village (Tick)											
3. Name of the father	c) Name of District	Remarks (if any)										
UID no. of father (if any)	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>											d) Name of State	
Contact no. of father (if any)	8. Age of mother (In completed years) at the time of this birth	(Signature / LTI of parent with date) – optional										
4. Name of mother												
UID no. of mother (if any)	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>											9. Mother's level of education (completed up to which class)	(Signature / LTI of Informant with date)
Contact no. of mother (if any)												
5. Place of Birth :		10. Type of attention at delivery (Tick)	Still Birth Registration No.										
a) Hospital / Institution (Name)	(i) Institutional – Government											
b) House (Address)	(ii) Institutional – Private / Non Government	Date of Registration										
Mouza/Ward Block/Municipality	(iii) Doctor, Nurse or Trained midwife											
P.O. P.S. District	(iv) Traditional Birth Attendant											
c) Others (Address)	(v) Relatives or others											
Mouza/Ward Block/Municipality		(Signature of Registrar / Sub-Registrar with date)										
P.O. P.S. District												
6. Informant (Name & Address)	11. Duration of pregnancy (in weeks)											
												

ফর্ম নং ৩

মৃত জাতের প্রতিবেদন
(সংবাদদাতাকে পূরণ করতে হবে)

পুঁই বা জরাজীর্ণ শিশুর জন্মের ক্ষেত্রে প্রত্যেকটি জন্মের জন্য একটি করে পৃথক ফর্ম পূরণ করতে এবং মৃতবোর স্থানে একমুঠিক জন্মের কথা সিমথতে হবে

আইন গত তথ্য

পরিমংখ্যান সংশ্লেশত তথ্য

<p>১. জন্ম তারিখ <input type="text" value="D"/><input type="text" value="D"/><input type="text" value="M"/><input type="text" value="M"/><input type="text" value="Y"/><input type="text" value="Y"/><input type="text" value="Y"/><input type="text" value="Y"/></p> <p>২. লিঙ্গ : পুরুষ / স্ত্রী / ৩য় লিঙ্গ</p> <p>৩. পিতার নাম</p> <p>পিতার আধার নম্বর (যদি থাকে) <input type="text" value=""/><input type="text" value=""/><input type="text" value=""/><input type="text" value=""/><input type="text" value=""/><input type="text" value=""/><input type="text" value=""/><input type="text" value=""/><input type="text" value=""/><input type="text" value=""/><input type="text" value=""/><input type="text" value=""/><input type="text" value=""/><input type="text" value=""/><input type="text" value=""/><input type="text" value=""/><input type="text" value=""/><input type="text" value=""/><input type="text" value=""/><input type="text" value=""/><input type="text" value=""/></p> <p>পিতার ফোন নম্বর (যদি থাকে)</p> <p>৪. মাতার নাম</p> <p>মাতার আধার নম্বর (যদি থাকে) <input type="text" value=""/><input type="text" value=""/><input type="text" value=""/><input type="text" value=""/><input type="text" value=""/><input type="text" value=""/><input type="text" value=""/><input type="text" value=""/><input type="text" value=""/><input type="text" value=""/><input type="text" value=""/><input type="text" value=""/><input type="text" value=""/><input type="text" value=""/><input type="text" value=""/><input type="text" value=""/><input type="text" value=""/><input type="text" value=""/><input type="text" value=""/><input type="text" value=""/><input type="text" value=""/></p> <p>মাতার ফোন নম্বর (যদি থাকে)</p> <p>৫. জন্মের স্থান:</p> <p>ক) হাসপাতাল / প্রতিষ্ঠান (নাম)</p> <p>খ) বাড়ি (ঠিকানা)</p> <p>মৌজা/ওয়ার্ড ব্লক/মিউনিসিপালিটি</p> <p>পোস্ট থানা জেলা</p> <p>গ) অন্য জায়গায় (ঠিকানা)</p> <p>মৌজা/ওয়ার্ড ব্লক/মিউনিসিপালিটি</p> <p>পোস্ট থানা জেলা</p> <p>৬. সংবাদদাতার (নাম ও ঠিকানা)</p>	<p>৭.</p> <p>ক) মাতার বাসস্থান : গ্রাম / শহরের নাম</p> <p>খ) এটা শহর / গ্রাম : (যথাস্থানে ঠিক ঠিক দিন)</p> <p>গ) জেলার নাম</p> <p>ঘ) রাজ্যের নাম</p> <p>৮. এই মস্তানটির জন্মের সময় মাতার বয়স (পূর্ণ বৎসরে)</p> <p>৯. মাতার শিক্ষাগত মান (সম্পূর্ণ শিক্ষার মান সিমথুন)</p> <p>১০. প্রসবকালীন পরিচর্যা : (নিম্নের সঠিক স্থানে ঠিক ঠিক দিন)</p> <p>(i) চিকিৎসা কেন্দ্র - সরকরি</p> <p>(ii) চিকিৎসা কেন্দ্র - ব্যক্তিগত মালিকধীন/বেসরকরি</p> <p>(iii) ডাক্তার, নার্স অথবা প্রশিক্ষিত ধাত্রী (দাই)</p> <p>(iv) চিরাচরিত দাই</p> <p>(v) আত্মীয় অথবা অন্যান্য</p> <p>১১. গর্ভের স্থিতিকাল..... (সন্তাহে)</p>	<p>১২. জন্মের মৃত্যুর কারণ (যদি জানা থাকে)</p> <p>মস্তব্য (যদি থাকে)</p> <p>(পিতা/মাতার স্বাক্ষর / এন.টি.আই. তারিখ সহ) -স্বাক্ষর মূলক</p> <p>(সংবাদদাতার স্বাক্ষর / এন.টি.আই. তারিখ সহ)</p> <p>মৃত জাতের নিবন্ধীকরণ নম্বর :</p> <p>নিবন্ধীকরণের তারিখ</p> <p>(নিবন্ধকর / উপ-নিবন্ধকরের স্বাক্ষর তারিখ সহ)</p>
--	--	---