

Annexure I: འབྲི་ཤོག་ཡང་གསེ་ལྷན་ - སྐྱེས་གསལ་ - 01/ Form No.MoH-BN-01



དཔལ་ལྷན་འབྲུག་གཞུང་།
ROYAL GOVERNMENT OF BHUTAN
གསེ་བའི་ལྷན་ཁག་
MINISTRY OF HEALTH
སྐྱེ་བའི་བློ་སྒྲུབ་
NOTIFICATION OF BIRTH

སྐྱེས་ཁག་གི་མིང་།

སྐྱེ་ཆེས།

Hospital/PHC Name: C. R. R. H

Date: 17/ 01/ 2020

རྫོང་ཁག་

གླིང་ལོག་ཁྲོམ་སྒེ།

Dzongkhag: Barpang Gewog/Thromde: Gelephu

ཡའི་གི་ཁག་གསལ་ / Mother's Information:

མིང་། / Name: Maya Devi Bastola

སྐྱེ་ཆེས (སྐྱེ་ཆེས་སྐྱེ་ལུ་སྐྱེ་ལོ་) / DoB(DD/MM/YYYY): 01 01 1982

མི་ཁྲུངས་དོ་སྤྱོད་ལག་ཁྱེར་ཡང་ / དམིགས་བསལ་གནས་སྤོང་ཆོག་པའི་ཆོག་ཐམ / ལམ་འགྲུལ་ཆོག་ཐམ / ལམ་ཡིག་ཡང་།

CID/SRP/Permit/PassportNo.: 11811003303

རྒྱལ་ཁབ་གྱི་མིང་། (སྤྱི་མིའི་དོན་ལུ་) / Country (For Non-Bhutanese): _____

ལག་ཁྱེར་འདི་ སྐྱེ་ཆེས་ལག་ཁྱེར་མེན། སྐྱེ་ཆེས་ལག་ཁྱེར་གྱི་དོན་ལུ་ ཉེ་འདབས་གྱི་མི་སྡེ་ལྷོ་བ་ ཡང་ན་ རྫོང་ཁག་ ཡང་ན་ ཁྲོམ་སྒེ་
ནི་བའི་ཐོ་བཀོད་དང་མི་རྩིས་ཡིག་ཚང་ ཡང་ན་ ནི་བའི་ཐོ་བཀོད་དང་མི་རྩིས་ལས་ཁྲུངས་ཡིག་ཚང་ལྷོ་བ་ནང་བྱོན་གནད།

This is not a birth certificate. For birth certificate visit nearest Community Center or Dzongkhag
Civil Registration and Census Office or Thromde or Department of Civil Registration and
Census HQ.

གསེ་བའི་མཐུན་རྒྱུན་ནང་སྐྱེ་མེན་པར་ ཡལ་སྐྱེ་མི་རྒྱ་གྱི་དོན་ལུ་ སྐྱེ་བའི་བློ་སྒྲུབ་ནང་ ཁག་གསལ་བཀོད་ཡོད་མི་འདི་ འབྲི་ཤོག་ཡང་
བེ་མི་ཨེས་ཨར་ཨའི་བེ་01 དང་འབྲེལ་ཏེ་ཡིན།

For birth occurring outside health facility, the information provided in this notification of birth is
based on the form No.BCRS-IB-01

སྐྱེས་བའི་ཁ་གསལ།

Delivery Information:



གསོ་བའི་མཐུན་ཁྱེན་གྱི་ནང་ན།

In Health Facility /
Skilled Birth Attendance



གསོ་བའི་མཐུན་ཁྱེན་གྱི་ཕྱི་ཁར།

Outside Health Facility

ཨའི་དང་ཨ་ལོ་གི་འཕྲོད་བསྟེན་ཐོ་བཀོད་ཨང།

MCH Registration No:

TS-DAM-24-0066-0

ཨ་ལོ་གི་མིང། / Name of baby:

སྐྱེ་ཆེས(སྐྱེ་ཆེས/སྐྱེ་ལོ།)/Date of birth:

17 01 2021

རྒྱ་ཆེད/ Time: 6:16:30



AM



PM

ཕོ་མའི་དབྱེ་བ།/Sex: mch

སྐྱེད་ཆད/ Birthweight: 2090 gms

If multiple births:

ཕོ་མའི་དབྱེ་བ།/Sex:

སྐྱེད་ཆད/ Birthweight: gms

དན་ཐོ་ ག་དམ་ཅིག་སྟེ་ ཨ་ལོ་གཉིས་ལས་མང་སྟེ་སྐྱེ་བ་ཅིན་ ཁ་སྐོང་འབྲི་ཤོག་ཨང་གསོ་ལྷན་སྐྱེས་གསལ་ - 01ལག་ལེན་འཐབ་གནད།

Note: In case of more than two babies, use additional form No.MoH-NB-01

མི་ངོམ་ག་ལུ་སྤྲོ་ཡིག / ISSUED TO:

(གསོ་བའི་མཐུན་ཁྱེན་ནང་སྐྱེ་ཁེན་པར་ཨ་ལོ་སྐྱེས་མི་ཚུ་གི་དོན་ལུ་ / For birth occurring outside health facility)

མིང། / Name:

མི་ཁྲུངས་ངོ་སྟོན་ལག་ཁྱེར་ཨང་ / དམིགས་བསལ་གནས་སྟོན་ཆོག་པའི་ཆོག་ཐམ / ལམ་འགྲུལ་ཆོག་ཐམ / ལམ་ཡིག་ཨང།

CID/SRP/Permit/PassportNo:

མིང་རྟགས་ / Signature:

མིང་རྟགས་བཀོད་པའི་ཆེས་གངས། (སྐྱེ་ཆེས/ སྐྱེ་ལོ/ སྐྱེ་ལོ)

Date signed (DD/MM/YYYY):

ང་གིས་གོང་ལུ་བཀོད་མི་བད་དོན་ཚུ་ དང་བདེན་སྟེ་ཞུས་ཡིན།

གལ་སྲིད་ གོང་ལུ་བཀོད་མི་བད་དོན་ཚུ་ རྟོག་པར་འཕྲོད་པ་ཅིན་ རྒྱལ་ཁབ་གྱི་ཁྲིམས་ལུགས་ལྟར་ ཉེས་ཁྲིམས་འབག་ནི་ཡིན།

I declare that all the information provided above is true and correct.

If proved to be false, I shall be liable for punishment as per the law of the Land.

ཨ་ལོ་སྐྱེས་གཞིག་འབད་མི་གསོ་བའི་མཁས་མཆོག་གི་མིང།

Name of Health Professional who performed delivery: Dr. Tandun Om

དཔལ་ལྷན་འགྲུག་པའི་གསོ་བའི་མཐུན་ཁྱེན་ཆོག་ཐམ་སྟེ་ཐོ་བཀོད་ཨང།

BMHC registration No

MM/SP-377

ཐུག་དང་མིང་རྟགས། / Seal and Signature
Dr. Tandun Om
MD obs/gyne
MM/SP-377

གསོ་བའི་མཐུན་ཁྱེན་གྱི་ཐུག་

Seal of the health facility

Royal Government of Bhutan

Ministry of Health

Certificate for Maternity Leave

I certify that Mrs. Maya Devi Baskota

Citizenship ID No. 118 11003303 and wife ✓

Ex-wife/widow/partner of (name) Padam Lal Suberi

☐ (d) Is/was pregnant with estimated date of delivery

On.....

☐ (e) Has delivered a baby boy/ girl on 17/1/2025

☐ (f) Had spontaneous miscarriage on.....

And she is due for/wishes to take maternity leave from 17/1/2025

.....to 15/7/2025

[Note: * Maternity leave must commence at the latest from the day of

Delivery of the child as per the BCSR 2006).]

The MCH/Hospital Reg. No.....

Signature of Certifier [Signature]

Name: Dr. Sanden Omi

Designation: Obs/Gyn

BMHC Reg. No. MM/87377 Date (Certificate is signed) 19/1/25

Health Center:.....

Official Seal:.....

