

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



དཔལ་ལྷན་འབྲུག་གཞུང་།  
ROYAL GOVERNMENT OF BHUTAN

གསལ་བའི་ལྷན་ཁག་  
MINISTRY OF HEALTH

སྐྱེ་བའི་བླ་སྤྱུལ་།  
NOTIFICATION OF BIRTH

སྐྱེས་ཁང་གི་མིང།

Hospital/PHC Name:

CRRH

ཟླ་ཚེས།

Date:

28/07/24

རྫོང་ཁག་

Dzongkhag:

SARPANG

ཆེད་འོག་/ཁྲོམ་སྤེ།

Gewog/Thromde:

GELEPHU

ཡའི་གི་ཁ་གསལ་། / Mother's Information:

མིང།

/ Name:

SONAM ZANGMO

སྐྱེ་ཚེས་

(སྐྱི་ཚེས་/སྐྱི་ཟླ་/སྐྱི་ལོ་)

/ DoB(DD/MM/YYYY):

28

12

1993

མི་ཁྲུངས་རྒྱུ་དཔྱད་ལག་ཁྱེར་ཡང་ / དམིགས་བསལ་གནས་སྡོད་ཆོག་པའི་ཆོག་ཐམ / ལམ་འགྲུལ་ཆོག་ཐམ / ལམ་ཡིག་ཡང་།

CID/SRP/Permit/PassportNo.:

11509005463

རྒྱལ་ཁབ་གི་མིང།

(ཕྱི་མིའི་དོན་ལུ་)

/ Country (For Non-Bhutanese):

ལག་ཁྱེར་འདི་ སྐྱེ་ཚེས་ལག་ཁྱེར་མེན། སྐྱེ་ཚེས་ལག་ཁྱེར་གྱི་དོན་ལུ་ ཉེ་འདབས་གི་མི་སྡེ་ལྷན་ཁག་ ཡང་ན་ རྫོང་ཁག་ ཡང་ན་ ཁྲོམ་སྤེ་

ཞི་བའི་ཐོ་བཀོད་དང་མི་རྩིས་ཡིག་ཚང་ ཡང་ན་ ཞི་བའི་ཐོ་བཀོད་དང་མི་རྩིས་ལས་ཁྲུངས་ཡིག་ཚང་ལྷན་ཁག་གི་ནང་ཐོ་བཀོད་གནང་།

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.

གསལ་བའི་མཐུན་རྐྱེན་ནང་སྤེལ་མེན་པར་ ཡའི་སྐྱེ་མི་རྩིས་ལྟར་ སྐྱེ་བའི་བླ་སྤྱུལ་ནང་ ཁ་གསལ་བཀོད་ཡོད་མི་འདི་ འབྲི་ཤོག་ཡང་

བེ་སི་ཨེས་ཨར་ཡའི་བི་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་རྐྱེན་གྱི་ནང་ན།  
In Health Facility /  
Skilled Birth Attendance



གསོ་བའི་མཐུན་རྐྱེན་གྱི་ཕྱི་ཁང་།  
Outside Health Facility

ཡའི་དང་ཡ་ལོ་གི་འཕྲོད་བསྟེན་ཐོ་བཀོད་ཡང་།

MCH Registration No:

SP-GAY-24-0041-0

ཡ་ལོ་གི་མིང་། / Name of baby:

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

28 07 2024

ཆུ་ཚོད་ / Time: 01:47



AM



PM

ཕོ་མོ་འདི་དབྱེ་བ། / Sex: MALE

སྐྱེད་ཚད་ / Birthweight: 3785 gms

If multiple births:

ཕོ་མོ་འདི་དབྱེ་བ། / Sex:

སྐྱེད་ཚད་ / Birthweight: gms

དཔེ་ཐོ་: ག་དམ་ཅིག་སྟེ་ ཡ་ལོ་གཉིས་ལས་མང་སྟེ་སྐྱེ་བ་ཅིན་ ལ་སྐོང་འབྲི་ཤོག་ཡང་གསོ་ལྟན་སྐྱེས་གསལ་ - 0, ལག་ལེན་འཐབ་གནང་།  
Note: In case of more than two babies, use additional form No.MoH-NB-01

མི་ངོམ་ག་ལུ་སྤོ་ཡི་ག་ / ISSUED TO:

(གསོ་བའི་མཐུན་རྐྱེན་ནང་སྐྱེ་མེན་པར་ཡ་ལོ་སྐྱེས་མི་ཚུ་གི་དོན་ལུ་ / For birth occurring outside health facility)

མིང་། / Name:

མི་ཁྲུང་ས་རྒྱུ་ལག་ཁྱེར་ཡང་། / དམིགས་བསལ་གནས་སྡོད་ཆོག་པའི་ཆོག་ཐམ་ / ལམ་འགྲུལ་ཆོག་ཐམ་ / ལམ་ཡིག་ཡང་།

CID/SRP/Permit/PassportNo:

མིང་རྟགས་ / Signature:

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

Date signed (DD/MM/YYYY):

ང་གིས་གོང་ལུ་བཀོད་མི་བདེན་དོན་ཚུ་ དང་བདེན་སྟེ་ལུ་ཨིན།

གཤམ་སྤོང་ གོང་ལུ་བཀོད་མི་བདེན་དོན་ལུ་ རྟོག་བཤེད་པ་ཅིན་ རྒྱལ་ཁབ་ཀྱི་ཁྲིམས་ལུགས་ལྟར་ ཉེས་ཁྲིམས་འབག་ནི་ཨིན།  
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.

ཡ་ལོ་སྐྱེས་གཤོག་འབད་མི་གསོ་བའི་མཁས་མཆོག་གི་མིང་།

Name of Health Professional who performed delivery:

དཔལ་ལྷན་འབྲུག་པའི་གསོ་བའི་དང་འཕྲོད་བསྟེན་ཆོག་ཐོ་བཀོད་ཡང་།

BMHC registration No:

Dorji Wangmo  
Clinical Nurse

ཐུགས་རྟུང་མིང་རྟགས་ / Seal and Signature:

NP 2627

གསོ་བའི་མཐུན་རྐྱེན་གྱི་ཐུལ་

Seal of the health facility