





# राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन एडमिशन रजिस्टर



..... / ..... / ..... To ..... / ..... / .....

संस्था का नाम.....

संस्था का प्रकार : जिला अस्पताल / सिविल अस्पताल / सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र  
सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र / प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र / उप स्वास्थ्य केन्द्र

संस्था प्रभारी का नाम.....

लेबर रूम इंचार्ज स्टाफ नर्स का नाम.....