





# राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन

लेबर रूम रजिस्टर



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

संस्था का नाम.....

संस्था का प्रकार : सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र / प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र / उपस्वास्थ्य केन्द्र

संस्था प्रभारी का नाम.....

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

कब से ..... कब तक.....