…………………………　病　院

住　所　……………………………………………………………

出生証明書

番　号：……………………………………………

下記に署名の産科医　…………………………………　は、

ここに下記の子の出生を証明する。

名　前：……………………………………………

性　別：男児／女児

母親の名前：……………………………………

身分証明番号：…………………………………

住　所：……………………………………………………………

職　業：…………………………

父親の名前：　……………………………………

身分証明書番号：………………………………

住　所：……………………………………………………………

職　業：…………………………

出生日時：…………年……月……日　……時……分（西部インドネシア時間）

出生時における状態：身長：…………センチメートル

体　重：…………グラム

正常分娩／否

（以下省略）

於……………………、…………年……月……日

署名、病院印（　…………………………医師）

（訳者氏名：　　　　　　　　）