

アラブ首長国連邦

保健・予防省

首長国 _____

出生証明書

登録番号: B / DU / _____ / _____

受理番号 - _____

名前: 《姓》 _____ 《名》 _____

性別: _____

父親氏名: _____

宗教: _____

国籍: _____

母親氏名: _____

宗教: _____

国籍: _____

生まれた日: 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

生まれた日: ヒジュラ暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

出生地: アラブ首長国連邦 / ドバイ / _____

発効日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

発行場所: ドバイ予防医学局

発行区分: 新規

翻訳者氏名: _____