

بالتکلی
جمهوری اسلامی ایران
وزارت کشور

شماره:

تاریخ:

سازمان ثبت احوال کشور

برگ صورت مجلس تصمیم هیأت حل اختلاف اداره ثبت احوال

مقدمه و شرح خواسته:		
متن تصمیم:		
نام و نام خانوادگی	سمت	امضا
تاریخ ابلاغ روز ماه سال	نام - نام خانوادگی و امضای گیرنده	محل گواهی مأمور ابلاغ