



ABSTRACT

State Bureau of Health Intelligence – Births and Deaths Registration - Printing and Supply of Birth and Death Reporting Form No.1,2,and 3 with a provision to include the UID number – Orders – Issued.

HEALTH AND FAMILY WELFARE (AB2) DEPARTMENT

G.O (Ms) No. 37

Dated: 11.02.2015
Thiruvalluvar Aandu 2045
ஐயா தை - 28

Read:

1. G.O.(Ms)No.483, Health, dated:17.11.1999.
2. G.O.(Ms)No.528, Health, dated:29.12.1999.
3. G.O.(Ms)No.387, Health, dated:22.11.2000.
4. G.O.(Ms)No.409, Health, dated:13.12.2004
5. Deputy Registrar General (CRS), Government of India, Ministry of Home Affairs, O/o. the Registration General, India, New Delhi, Lr. No.1/12/2014, - VS(CRS)/2014-41, dated 22.08.2014.
6. From the Director of Public Health and Preventive Medicine, Chennai-6 letter Ref.No.102583 / SBHI-1 / S1 / 2014, dated 8.12.2014.

ORDER:-

The system of Birth and Death Registration has been revamped from 1.01.2000 and the Tamil Nadu Registration of Birth and Death Rules 2000 have been notified in the Government Order second read above under the revamped system of Birth and Death Registration, Form 1 to Form 15 to be used in the registration process have also been notified therein.

2. Various reporting forms under Registration of Birth and Death have already been standardized in the Government Orders 3rd and 4th read above. The printing and supply of form has been entrusted to the Director of Stationery and Printing, Chennai.

3. In the letter 3rd read above, the Registrar General India has conveyed his approval as per section 30 (i) of the RBD Act, 1969 and to adopt the Birth and Death Forms 1, 2, and 3 as prescribed by them.

4. The Director of Public Health and Preventive Medicine has therefore requested the orders of the Government for Printing and supply of the Birth and Death Form Nos. 1, 2, and 3 in A3 size in Tamil as prescribed in the specimen annexed to this order.

5. The Government examined the proposal of the Director of Public Health and Preventive Medicine and Tamil Nadu Chief Registrar of Birth and Death and accordingly the Government direct the Director of Stationery and Printing to print the Birth and Death reporting Form No.1, 2, and 3 so as to include the UID number duly adhere the specification prescribed by the Government in the G.O first read above and supply as per the indent placed by the Director of Public Health and Preventive Medicine. The Specimen copy of Form 1, 2 and 3 as prescribed by the Registrar General of India is Annexed to this order.

5. This order issues with the concurrence of Tamil Development and Information Department vide its U.O. No.1518/S&P2-2/2015, dated 04.02.2015.

(BY ORDER OF THE GOVERNOR)

J. RADHAKRISHNAN,
SECRETARY TO GOVERNMENT

To
The Director of Public Health and Preventive Medicine, Chennai-6.
The Director of Stationery and Printing, Chennai-2.
The Pay Accounts Officer, Chennai-35/9.
The Accountant General, Chennai-18.
The Joint Director (SBHI),
Office of the Director of Public Health and Preventive Medicine, Chennai-6.
Registrar General of India, Ministry of Home Affairs, Government of India, New Delhi-5.
All District Collectors.
All Deputy Director of Health Services, in all Districts,
The Commissioner, Corporation of Chennai, Madurai, Coimbatore, Salem,
Trichy, Tiruneveli, Tiruppur, Thoothukudi, Thanjavur, and Dindigal.

Copy to:

The Tamil Development and Information (S&P2-2) Department, Chennai-9.
The Health and Family Welfare (Data Cell) Department, Chennai-9.

~~SF/SC.~~

//FORWARDED BY ORDER//


SECTION OFFICER

படிவம் எண் -1

படிவம் எண் -1
பிறப்பு அறிக்கை
சட்டம் சார்ந்த தகவல்கள்
இந்தப் பகுதி பிறப்பு பதிவேட்டில் சேர்க்கப்பட வேண்டும்

(விதி 5ஐ பார்க்கவும்)
பிறப்பு அறிக்கை
புள்ளி விவரத் தகவல்கள்
இப்பகுதியைப் பிரித்து புள்ளி விவரத் தொகுப்பிற்கு அனுப்ப வேண்டும்

படிவம் எண் -1
ஒரே பிரசவத்தில் ஒன்றுக்கு மேற்பட்ட குழந்தைகள் பிறந்தால் ஒவ்வொரு குழந்தைக்கும் தனித்தனிபாக படிவம் பூர்த்தி செய்ய வேண்டும். குறிப்பிடப்படவில்லை என்றால் அல்லது மூலம் என்று குறிக்கவும்.

தகவல் கொடுப்பவரால் நிரப்பப்பட வேண்டியவை

- பிறந்த தேதி
(குழந்தையின் சரியான பிறந்த தேதி, மாதம் மற்றும் ஆண்டு குறிப்பிடப்பட வேண்டும்)
(உதாரணம் 01.01.2000)
- பாலினம்
ஆண் அல்லது பெண் என்று முழுமையாக எழுதவும்
(கருக்கங்களைப் பயன்படுத்தக் கூடாது).
- குழந்தையின் பெயர்,
(பெயர் வைக்கப்படவில்லை எனில் காவியாக விடவும்)
- தந்தையின் பெயர்
(வழக்கமாக எழுதப்படும் முழுப்பெயர்)
ஆதார் எண் இருப்பின்
- தாயின் பெயர்
(வழக்கமாக எழுதப்படும் முழுப்பெயர்)
ஆதார் எண் இருப்பின்
- குழந்தை பிறப்பின் போது பெற்றோரின் முகவரி
- பெற்றோரின் நிலையான முகவரி
- பிறந்த இடம்
(குறியீட்டு எண் 1 அல்லது 2 ஐ (டிக்) செய்யுது
பிறப்பு நடந்த மருத்துவமனை / நிலையத்தின் பெயர் அல்லது வீட்டின் முகவரியினை எழுதவும்)
1. மருத்துவமனை / நிலையம் பெயர்
2. வீடு - முகவரி
- தகவல் தெரிவிப்பவரின் பெயர் முகவரி
(1 முதல் 22 வரை உள்ள அனைத்து கலங்களையும் நிரப்பியபின், தகவல் தெரிவிப்பவர் கையொப்பமிட்டு தேதிபை குறிப்பிடவும்)
தகவல் தெரிவிப்பவரது கையொப்பம் அல்லது இடது கைபெருவிரல் ரேகையின் பதிவு

தகவல் கொடுப்பவரால் நிரப்பப்பட வேண்டியவை

- தாயின் நிலையான இருப்பிடம்
(தாய் நிரந்தரமாக குடியிருக்கும் இடம்)
(இது பிறப்பு நடந்த இடத்திலிருந்து வேறுபட்டதாக இருக்கலாம்)
(வீட்டு முகவரியைப் பூர்த்தி செய்யத் தேவையில்லை)
(அ) நகரம் / கிராமத்தின் பெயர்
(ஆ) இது நகரமா அல்லது கிராமமா? (சரியான தகவலை டிக் குறியிடவும்)
1. நகரம் 2. கிராமம்
(இ) மாவட்டத்தின் பெயர்
(ஈ) மாநிலத்தின் பெயர்
- குடும்பத்தின் மதம்
(சரியான தகவலை டிக் குறியிடவும்)
1. இந்து 2. இஸ்லாம் 3. கிறிஸ்துவம்
4. பிற மதம் (பெயரினை எழுதவும்)
- தந்தையின் கல்வி நிலை
(தேர்ச்சி பெற்ற கல்வி நிலையை குறிக்கவும்)
- தாயின் கல்வி நிலை
(தேர்ச்சி பெற்ற கல்வி நிலையை குறிக்கவும்)
- தந்தையின் தொழில்
(எதும் இல்லையெனில், 'இல்லை' என்று குறிப்பிடவும்)
- தாயின் தொழில்
(எதும் இல்லையெனில், 'இல்லை' என்று குறிப்பிடவும்)

தகவல் கொடுப்பவரால் நிரப்பப்பட வேண்டியவை

- திருமணத்தின் போது தாயின் வயது (முடிவடைந்த ஆண்டுகளில்)
(ஒன்றுக்கு மேற்பட்ட திருமணமாகியிருந்தால், முதல் திருமணத்தின் வயதை குறிக்கவும்)
- இந்த குழந்தை பிறந்த போது தாயின் வயது (முடிவடைந்த ஆண்டுகளில்)
- இந்தப் பிறப்பு உட்பட உயிருடன் பிறந்த குழந்தைகளின் எண்ணிக்கை (முந்தைய திருமணங்களின் மூலமாக உயிருடன் பிறந்த குழந்தைகளையும் சேர்த்து)
- பிரசவத்தின் போது மருத்துவ கவனிப்பின் தன்மை (சரியான விவரத்தை டிக் குறியிடவும்)
1. நிறுவனம் - அரசு
2. நிறுவனம் - தனியார் / அரசு சாரா
3. மருத்துவம், செவிலியர் அல்லது பயிற்சி பெற்ற தாயியர்
4. மரவு வழி பிரசவம் பார்ப்பவர்
5. உறவினர் அல்லது மற்றவர்
- பிரசவத்தின் தன்மை (சரியான தகவலை டிக் குறியிடவும்)
1. கசப்பிரசவம்
2. அறுவை சிகிச்சை மூலமாக
3. ஆயுதங்கள் உபயோகித்து / வெற்றிட முறை
- பிறந்த போது குழந்தையின் எடை கிலோ கிராம்
- கருவற்றிருந்த காலம் (வாரங்களில்)
(நிரப்பப்பட வேண்டிய கலங்கள் முடிவடைந்தன. இடதுபக்கம் கையொப்பமிடவும்)

பதிவாளரால் நிரப்பவேண்டியவை
பதிவு எண்
பதிவுப்பகுதி
நகரம் / கிராமம்
குறிப்புகள் (எதுவும் இருந்தால்)
பதிவாளரின் பெயர் மற்றும் கையொப்பம் முகவரி

பதிவாளரால் நிரப்பவேண்டியவை
பெயர்
மாவட்டம்
வட்டம்
நகரம் / கிராமம்
பதிவுப்பகுதி

பதிவு எண்
பிறந்த தேதி
பாலினம்
பிறந்த இடம்
பதிவு செய்த தேதி
1. ஆண் 2. பெண்
1. மருத்துவமனை / நிலையம்
வீடு
பதிவாளரின் பெயர் மற்றும் கையொப்பம் முகவரி

J. Radhakrishnan,
Secretary to Government.

//TRUE COPY//

SECTION OFFICER

படிவம் எண் -2

(விதி 5ஐ பார்க்கவும்)

படிவம் எண் -2 இறப்பு அறிக்கை சட்டம் சார்ந்த தகவல்கள் இந்தப் பகுதி இறப்பு பதிவேட்டில் சேர்க்கப்பட வேண்டும் தகவல் கொடுப்பவரால் நிரப்பப்பட வேண்டியவை	இடப்பகுதியைப் பிரித்து விவரத் தொகுப்பிற்கு அனுப்ப வேண்டும் இறப்பு அறிக்கை புள்ளி விவரத் தகவல்கள் படிவம் எண் -2	படிவம் எண் -2 தகவல் கொடுப்பவரால் நிரப்பப்பட வேண்டியவை
<p>1. இறந்த தேதி (சரியான இறந்த தேதி, மாதம் மற்றும் ஆண்டு குறிப்பிடப்பட வேண்டும்) (உதாரணம் 01.01.2000)</p> <p>2. இறந்தவரின் பெயர் (வழக்கமாக எழுதப்படும் முழுப்பெயர்) ஆதார் எண் இருப்பின் _____</p> <p>3. இறந்தவரின் பாலினம் ஆண் அல்லது பெண் என்று (முழுமையாக எழுதவும்) (சுருக்கங்களைப் பயன்படுத்தக் கூடாது).</p> <p>4. இறந்தவரின் தாயின் பெயர் (வழக்கமாக எழுதப்படும் முழுப்பெயர்) ஆதார் எண் இருப்பின் _____</p> <p>5. இறந்தவரின் தந்தையின் பெயர் (வழக்கமாக எழுதப்படும் முழுப்பெயர்) ஆதார் எண் இருப்பின் _____</p> <p>5.அ. இறந்தவரின் கணவர் / மனைவி பெயர் (வழக்கமாக எழுதப்படும் முழுப்பெயர்) கணவர் / மனைவியின் ஆதார் எண் இருப்பின் _____</p> <p>6. இறந்தவரின் வயது (முடிவடைந்த ஆண்டுகளில்) இறந்தவரின் வயது ஓராண்டிற்கு மேற்பட்டிருந்தால் முடிவடைந்த ஆண்டுகளில் வயதினை எழுதவும் இறந்தவரின் வயது ஒரு வயதுக்குக் குறைவாக இருந்தால், வயதை மாதங்களில் எழுதவும். ஒரு மாதத்திற்கும் குறைவாக இருந்தால், முடிவடைந்த நாட்களை எழுதவும் ஒரு நாளுக்குக் குறைவாக இருந்தால் மணிகளில் எழுதவும்)</p> <p>7. இறப்பின் போது முகவரி</p> <p>8. இறந்தவரின் நிலையான வீட்டு முகவரி</p> <p>9. இறந்த இடம் (குறிப்பிட்டு எண் 1, 2 அல்லது 3 ஐ (டிக்க) குறியிட்டு மருத்துவமனை / நிலையத்தின் பெயர் அல்லது வீட்டின் முகவரியினை எழுதவும். மற்ற இடம் என்றால் 3ல் இடத்தின் பெயரை குறிக்கவும்)</p> <p>1. மருத்துவமனை / நிலையம் பெயர் _____ 2. வீட்டு முகவரி _____ 3. மற்ற இடம் இடத்தின் பெயர் _____</p> <p>10. தகவல் தெரிவிப்பவரின் பெயர் _____ முகவரி _____</p> <p>(1 முதல் 21 வரை உள்ள அனைத்து கலங்களையும் நிரப்பியபின், தகவல் தெரிவிப்பவர் கையொப்பமிட்டு தேதியை குறிப்பிடவும்)</p> <p>தகவல் தெரிவிப்பவரது கையொப்பம் (அல்லது) இடது கைபெருவிரல் ரேகையின் பதிவு பதிவாளரால் நிரப்ப வேண்டியவை</p>	<p>தகவல் கொடுப்பவரால் நிரப்பப்பட வேண்டியவை</p> <p>11. இறந்தவர் குடியிருந்த வீடு அமைந்துள்ள நகரம் / கிராமம் (இறந்தவர் வழக்கமாக வசித்த இடம்) (இது இறப்பு நடந்த இடத்திலிருந்து வேறுபட்டதாக இருக்கலாம்) (வீட்டு முகவரியைப் பூர்த்தி செய்யத் தேவையில்லை)</p> <p>(அ) நகரம் / கிராமத்தின் பெயர் _____</p> <p>(ஆ) நகரம் அல்லது கிராமம் (சரியான தகவலை டிக் குறியிடவும்) 1. நகரம் 2. கிராமம்</p> <p>(இ) மாவட்டத்தின் பெயர் _____</p> <p>(ஈ) மாநிலத்தின் பெயர் _____</p> <p>12. மதம் (சரியான தகவலை டிக் குறியிடவும்) 1. இந்து 2. இஸ்லாம் 3. கிறிஸ்துவம் 4. பிற மதம் (பெயரினை எழுதவும்)</p> <p>13. இறந்தவரின் தொழில் (இல்லையெனில், 'இல்லை' என்று குறிப்பிடவும்)</p> <p>14. இறப்பதற்கு முன் மருத்துவ கவனிப்பின் தன்மை (சரியான விவரத்தை (டிக்க) குறியிடவும்)</p> <p>1. மருத்துவ நிலையம் 2. மருத்துவ நிலையம் அல்லாத மருத்துவ கவனிப்பு 3. மருத்துவ கவனிப்பு ஏதுமில்லை</p>	<p>தகவல் கொடுப்பவரால் நிரப்பப்பட வேண்டியவை</p> <p>15. இறப்பின் காரணத்திற்கு மருத்துவச் சான்று அளிக்கப்பட்டிருக்கிறதா? (சரியான விவரத்தை டிக் குறியிடவும்) 1. ஆம் 2. இல்லை</p> <p>16. நோயின் பெயர் அல்லது இறப்பின் காரணம் (மருத்துவச் சான்று கொடுத்தாலும், இல்லையென்றாலும்)</p> <p>17. இறந்தவர் பெண் என்றால் இறப்பு ஏற்பட்டது கர்ப்பமாக இருந்த போதா அல்லது குழந்தை பிறப்பின் போதா அல்லது குழந்தை பிறந்து ஆறு வாரங்களுக்குள்ளா? (சரியான விவரத்தை டிக் குறியிடவும்) 1. ஆம் 2. இல்லை</p> <p>18. இறந்தவர் வழக்கமாகப் புகை பிடிக்கும் பழக்கம் உள்ளவரா? (அப்படியெனில் எத்தனை ஆண்டுகள் பிடித்தார்)</p> <p>19. இறந்தவர் வழக்கமாகப் புகையிலை உபயோகப்படுத்துவாராயின் எத்தனை ஆண்டுகளாகப் பழக்கம்?</p> <p>20. இறந்தவர் பாள்மசாலை போன்றவற்றை வழக்கமாக உபயோகப்படுத்துவாராயின் எத்தனை ஆண்டுகளாகப் பழக்கம்?</p> <p>21. இறந்தவர் குடிப்பழக்கம் உள்ளவராயின் எத்தனை ஆண்டுகளாகப் பழக்கம்?</p> <p>(நிரப்பப்பட வேண்டிய கலங்கள் முடிவடைந்தன. இடதுபக்கம் கையொப்பமிடவும்)</p>
<p>பதிவு எண் பதிவுப்பகுதி நகரம் / கிராமம் குறிப்புகள் (எதுவும் இருந்தால்) பதிவாளரின் பெயர் மற்றும் கையொப்பம்</p> <p>பதிவு செய்த தேதி மாவட்டம் முகவரி</p>	<p>பதிவாளரால் நிரப்ப வேண்டியவை பெயர் மாவட்டம் வட்டம் நகரம் / கிராமம் பதிவுப்பகுதி</p>	<p>பதிவு செய்த தேதி பதிவு செய்த தேதி (ஆண்டுகள் / மாதம் / நாட்கள் / மணிகள்) பாலினம் 1. ஆண் 2. பெண் பிறந்த இடம் 1. மருத்துவமனை / நிலையம் 2. வீட்டு 3. மற்ற இடம் பதிவாளரின் பெயர் மற்றும் கையொப்பம் முகவரி</p>

J. Radhakrishnan,
Secretary to Government.

//TRUE COPY//

SECTION OFFICER

<p>படிவம் எண் -3</p> <p>இறந்து பிறந்தவை பற்றிய அறிக்கை</p> <p>சட்டம் சார்ந்த தகவல்கள்</p> <p>இந்தப் பகுதி இறந்து பிறந்தவைகளுக்கான பதிவேட்டில் சேர்க்கப்பட வேண்டும்</p>	<p>படிவம் எண் -3</p> <p>இறந்து பிறந்தவை பற்றிய அறிக்கை (விதி 5ஐ பார்க்கவும்)</p> <p>புள்ளி விவரத் தகவல்கள்</p> <p>இப்பகுதியைப் பிரித்து புள்ளி விவரத் தொகுப்பிற்கு அனுப்ப வேண்டும்</p> <p>ஒரே பிரசவத்தில் ஒன்றுக்கு மேற்பட்ட குழந்தைகள் இறந்து பிறந்தால் ஒவ்வொரு குழந்தைக்கும் தனித்தனியாக படிவம் அனுப்பப்பட வேண்டும். குறிப்பிடப்படாத இடங்களில் இரட்டையர் அல்லது மூவர் என்று குறிப்பு பத்தியில் குறிக்கவும்.</p>	
<p>தகவல் கொடுப்பவரால் நிரப்பப்பட வேண்டியவை</p> <p>1. பிறந்த தேதி _____ (சரியான பிறந்த தேதி, மாதம் மற்றும் ஆண்டு குறிப்பிடப்பட வேண்டும்) (உதாரணம் 01.01.2000)</p> <p>2. பாலினம் _____ ஆண் அல்லது பெண் என்று முழுமையாக எழுதவும்) (சுருக்கங்களைப் பயன்படுத்தக் கூடாது).</p> <p>3. தந்தையின் பெயர் _____ (வழக்கமாக எழுதப்படும் முழுப்பெயர்) ஆதார் எண் இருப்பின் _____</p> <p>4. தாயின் பெயர் _____ (வழக்கமாக எழுதப்படும் முழுப்பெயர்) ஆதார் எண் இருப்பின் _____</p> <p>5. பிறந்த இடம் _____ (குறியீட்டு எண் 1 அல்லது 2 ஐ (டிக்) செய்து பிறப்பு நடந்த மருத்துவமனை / நிலையத்தின் பெயர் அல்லது வீட்டின் முகவரியினை எழுதவும்)</p> <p>1. மருத்துவமனை / நிலையம் பெயர் _____ 2. வீடு - முகவரி _____</p> <p>5.அ. பெற்றோரின் நிலையான முகவரி _____ 5.ஆ. குழந்தை இறந்து பிறந்த போது தாய் தந்தையரின் முகவரி _____</p> <p>6. தகவல் தெரிவிப்பவரின் பெயர் _____ முகவரி _____ (1 முதல் 12 வரை உள்ள அனைத்து கலங்களையும் நிரப்பியபின், தகவல் தெரிவிப்பவர் கையொப்பமிட்டு தேதியை குறிப்பிடவும்)</p> <p style="text-align: right;">தகவல் தெரிவிப்பவரது கையொப்பம் _____ அல்லது இடது கைபெருவிரல் ரேகையின் பதிவு _____</p>	<p>தகவல் கொடுப்பவரால் நிரப்பப்பட வேண்டியவை</p> <p>7. தாயின் நிலையான இருப்பிடம் _____ (தாய் வழக்கமாக வசிக்கும் இடம்) (இது பிறப்பு நடந்த இடத்திலிருந்து வேறுபட்டதாக இருக்கலாம்) (வீட்டு முகவரியைப் பூர்த்தி செய்யத் தேவையில்லை)</p> <p>(அ) நகரம் / கிராமத்தின் பெயர் _____ (ஆ) இது நகரமா அல்லது கிராமமா? _____ (சரியான தகவலை டிக் குறியிடவும்) 1. நகரம் 2. கிராமம்</p> <p>(இ) மாவட்டத்தின் பெயர் _____ (ஈ) மாநிலத்தின் பெயர் _____</p> <p>8. தாயின் வயது _____ (முடிவடைந்த வயது - இக்குழந்தை பிறந்த போது)</p> <p>9. தாயின் கல்வி நிலை _____ (தேர்ச்சி பெற்ற கல்வி நிலையை குறிக்கவும்)</p> <p>10. பிரசவத்தின் போது மருத்துவ கவனிப்பின் தன்மை _____ (சரியான விவரத்தை டிக் குறியிடவும்)</p> <p>1. நிறுவனம் - அரசு _____ 2. நிறுவனம் - தனியார் / அரசு சார்பு நிறுவனம் _____ 3. மருத்துவம், செவிலியர் அல்லது பயிற்சி பெற்ற தாதியர் _____ 4. மரபு வழி பிரசவம் பார்ப்பவர் _____ 5. உறவினர் அல்லது மற்றவர் _____</p> <p>11. கருவுற்றிருந்த காலம் (வாரங்களில்) _____</p> <p>12. இறந்து பிறந்தமைக்கான காரணம் _____ (அனைத்து விவரங்களும் நிரப்பப்பட்ட பிறகு இடதுபக்கம் கையொப்பமிடவும்)</p>	
<p>பதிவாளரால் நிரப்ப வேண்டியவை</p> <p>பதிவு எண் _____ பதிவுப்பகுதி _____ நகரம் / கிராமம் _____ குறிப்புகள் _____ (எதுவும் இருந்தால்) பதிவாளரின் பெயர் மற்றும் கையொப்பம் _____ முகவரி _____</p>	<p>பதிவாளரால் நிரப்ப வேண்டியவை</p> <p>பெயர் _____ மாவட்டம் _____ வட்டம் _____ நகரம் / கிராமம் _____ பதிவுப்பகுதி _____</p> <p style="text-align: right;">குறியீட்டு எண் _____</p>	<p>பதிவு எண் _____ இறந்த பிறந்த தேதி _____ பாலினம் _____ பிறந்த இடம் _____</p> <p>பதிவு செய்த தேதி _____ 1. ஆண் 2. பெண் 1. மருத்துவமனை / நிலையம் 2. வீடு 3. பிற இடம் பதிவாளரின் பெயர் மற்றும் கையொப்பம் _____ முகவரி _____</p>

J. Radhakrishnan,
Secretary to Government.

/TRUE COPY//


SECTION OFFICER