



CLARK COUNTY PUBLIC HEALTH

1601 E. Fourth Plain Blvd. • PO Box 9825
Vancouver, WA 98666-8825
(564) 397-8092 • cntyhealthvitalrecor@clark.wa.gov

**\$20 per
Certificate**

**BIRTH CERTIFICATE APPLICATION
WASHINGTON STATE ONLY 1907-PRESENT**

Today's Date
Fecha de hoy: _____

Number of Certificates
numero de certificados _____

Name at Birth: _____
Nombrar al nacer First/premier Middle/secundo Last/apellido de soltera
Solo para las mujeres

Date of Birth: _____
Fecha de nacimiento Month/mes Day/día Year/año

Place of Birth: _____
Lugar de nacimiento City/cuidad County/condado Hospital

Father's Name: _____
Nombre del padre First/premier Middle/secundo Last/apellido

Mother's Maiden: _____
Nombre de soltera First/premier Middle/secundo Last/apellido de soltera
De la madre solo para las mujeres

Requestor's information (REQUIRED) se requiere el nombre y direccion del solicitante

Name : _____ Phone Number: _____
Nombre número de teléfono

Address: _____ Apt # _____
dirección

City: _____ State: _____ Zip Code: _____
Ciudad estado código postal

Payment Information / Información del pago

Credit card number
número de tarjeta de crédito: _____ exp: _____ cvv: _____

Billing address same as requestor
dirección de envío: _____ mismo como solicitante

For office use only:

Type of Payment: cash MO credit/debit

Invoice #: _____

Mo#: _____

Checks accepted for mail-in orders only

Amount Rec'd: _____

Certificate #'s: _____