

## মৃত্যু নিবন্ধন আবেদন পত্র

## ১। নিবন্ধনাধীন ব্যক্তির বিবরণ:

মৃত ব্যক্তির নাম:		জন্ম তারিখ	...../...../..... ( দিন মাস বৎসর )
মৃত্যু তারিখঃ সংখ্যায় (খ্রি): কথায়			লিঙ্গ: <input type="checkbox"/> নারী <input type="checkbox"/> পুরুষ
	দিন	মাস	বৎসর
মৃত্যু স্থান:	দেশ: বাংলাদেশ/ .....		
মৃত্যুর কারণ (তথ্য প্রদানকারীর বর্ণনামতে)			

## ২। পিতা মাতা ও স্বামী স্ত্রীর বিবরণ:

পিতার নাম	মাতার নাম	স্বামী/ স্ত্রীর নাম

## ৩। স্থায়ী ঠিকানা:

দেশঃ বাংলাদেশ/ .....
----------------------

## ৪। তথ্য প্রদানকারী/আবেদনকারীর ঘোষণা:

আমি স্বজ্ঞানে শপথ পূর্বক ঘোষণা করিতেছি যে, উপরোক্ত যাবতীয় তথ্য সঠিক এবং নিবন্ধনাধীন ব্যক্তির অন্য কোথাও মৃত্যু নিবন্ধিত হয় নাই।		তারিখ: (খ্রিস্টাব্দে)
নাম:	স্বাক্ষর/টিপসহি:	
সম্পর্ক:	<input type="checkbox"/> পিতা <input type="checkbox"/> মাতা <input type="checkbox"/> পুত্র <input type="checkbox"/> কন্যা (টিক চিহ্ন দিন)। অন্যান্য ক্ষেত্রে (সম্পর্ক লিখুন):	দিন মাস বৎসর

## ৫। নিবন্ধকের কার্যালয়ের অংশ:

আবেদনের সহিত সংশ্লিষ্ট চিকিৎসক/ চিকিৎসা প্রতিষ্ঠান কর্তৃক প্রদত্ত মৃত্যু সংক্রান্ত সনদ বা ময়না তদন্ত প্রতিবেদন বা কবরস্থান/ শশ্মানের কেয়ারটেকার কর্তৃক প্রদত্ত দাফন/ সংস্কার সংক্রান্ত রশিদের সত্যায়িত অনুলিপি সংযুক্ত করা হইলে নিম্নের কোন কলামে প্রত্যয়ন প্রয়োজন হইবে না; অন্যথায় নিম্নের যে কোন একটি কলামে প্রত্যয়ন প্রয়োজন হইবে।

স্বাস্থ্য কর্মীর <sup>১</sup> প্রত্যয়ন (স্বাক্ষর, তারিখ ও নামসহ সীল)	সংশ্লিষ্ট ইউনিয়ন পরিশোধ সদস্যের প্রত্যয়ন (স্বাক্ষর, তারিখ ও নামসহ সীল)
(১)	(২)

## ৬। নিবন্ধক কর্তৃক পূরণীয়:

নিবন্ধকের অনুমোদন (স্বাক্ষর, তারিখ ও নামসহ সীল)	নিবন্ধন বহি নং: নিবন্ধনের তারিখ: ...../...../..... ( দিন মাস বৎসর )	নিবন্ধন বহিতে লিপিবদ্ধকারীর স্বাক্ষর, তারিখ ও নামসহ সীল
	নিবন্ধন নং:.....	

সনদ প্রদানের সম্ভাব্য তারিখ: ...../...../.....

( দিন মাস বৎসর )



(আবেদনকারীর অংশ) : আবেদনপত্র গ্রহণকারী নিচের অংশটুকু পূরণ করিয়া আবেদনকারীকে ফেরৎ দিবেন।

মৃত ব্যক্তির নাম:		সনদ প্রদানের সম্ভাব্য তারিখ:	...../...../..... ( দিন মাস বৎসর )
আবেদনকারীর নাম:		স্বাক্ষর ও তারিখ:	
আবেদনপত্র গ্রহণকারীর নাম ও পদবী:			

<sup>১</sup>এই ফরমটি বিনামূল্যে বিতরণের জন্য; আবেদনকারী বা নিবন্ধক উহা কপি করিয়া ব্যবহার করিতে পারিবেন।

<sup>২</sup>স্বাস্থ্যকর্মী, স্বাস্থ্য সহকারী, পরিবার কল্যাণ সহকারী, স্বাস্থ্য সেবা প্রদানের কাজে নিয়োজিত এনজিও কর্মী।

<sup>৩</sup>আবেদনকারী এই অংশের অপর পৃষ্ঠায় বখিয়া পাইলম মর্মে স্বাক্ষর করিয়া সংশ্লিষ্ট কর্তৃপক্ষের নিকট জমা প্রদান করিয়া নির্ধারিত তারিখে জন্ম সনদ সংগ্রহ করিবেন।