

মৃত্যু নিবন্ধন আবেদন পত্র

১। নিবন্ধনাধীন ব্যক্তির বিবরণ:

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

২। পিতা, মাতার ও স্বামী/ স্ত্রীর বিবরণ:

পিতার নাম	মাতার নাম	স্বামী/ স্ত্রীর নাম

৩। স্থায়ী ঠিকানা:

দেশ: বাংলাদেশ/

৪। তথ্য প্রদানকারী/আবেদনকারীর ঘোষণা:

আমি স্বজ্ঞানে শপথপূর্বক 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/ শাশানের কেয়ারটেকার কর্তৃক প্রদত্ত দাফন/ সৎকার 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 প্রত্যয়ন (স্বাক্ষর, তারিখ ও নামসহ সীল)	সংশ্লিষ্ট ইউনিয়ন পরিষদ সদস্যের প্রত্যয়ন (স্বাক্ষর, তারিখ ও নামসহ সীল)
(১)	(২)

৬। নিবন্ধক কর্তৃক পূরণীয়:

নিবন্ধকের অনুমোদন (স্বাক্ষর, তারিখ ও নামসহ সীল)	নিবন্ধন বহি নং: <input type="text"/> নিবন্ধনের তারিখ: -----/-----/----- (দিন মাস বৎসর) নিবন্ধন নং.....	নিবন্ধন বহিতে লিপিবদ্ধকারীর স্বাক্ষর, তারিখ ও নামসহ সীল
-------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------

সনদ প্রদানের সম্ভাব্য তারিখ: -----/-----/-----
(দিন মাস বৎসর)

✕

(আবেদনকারীর অংশ^১: (আবেদন পত্র গ্রহণকারী নিচের অংশটি পূরণ করিয়া আবেদনকারীকে ফেরৎ দিবেন)

মৃত ব্যক্তির নাম			
আবেদনকারীর নাম	সনদ প্রদানের সম্ভাব্য তারিখ	-----/-----/----- (দিন মাস বৎসর)	
আবেদন পত্র গ্রহণকারীর নাম ও পদবী	স্বাক্ষর ও তারিখ		

^১ এই ফরমটি বিনামূল্যে বিতরণের জন্য; আবেদনকারী বা নিবন্ধক উহা কপি করিয়া ব্যবহার করিতে পারিবেন।

^২ স্বাস্থ্য কর্মী, স্বাস্থ্য সহকারী, পরিবার কল্যান সহকারী, স্বাস্থ্য সেবা প্রদানের কাজে নিয়োজিত এনজিও কর্মী।

^৩ আবেদনকারী এই অংশের অপর পৃষ্ঠায় বুঝিয়া পাইলাম মর্মে স্বাক্ষর করিয়া সংশ্লিষ্ট কর্তৃপক্ষের নিকট জমা প্রদান করিয়া নির্ধারিত তারিখে জন্ম সনদ সংগ্রহ করিবেন।