

फर्म - २ मृत्यु विवरण (एन ४ हेनुहोस)
फर्म - ७ मृत्यु रोजिद्री बही (एन १३ हेनुहोस)

कानूनी तथ्य

यो अंश दर्ता वहीमा समावेश गरिनु पर्छ

फर्म - २ मृत्यु विवरण (एन ४ हेनुहोस)

संख्याकीक सम्बन्धी विवरण

(यो अंशलाई विच्छिन्न गरेर संख्याकीक प्रक्रियाको निम्ति पठाउनुपर्छ)

<p>१. मृत्युको तारीख :..... (दिन महीना अनि वर्ष लेख्नुपर्छ)</p> <p>२. मृतकको नाम :.....</p> <p>३. मृतकको लिङ्ग :..... (पुरुष वा महिला लेख्नुहोस)</p> <p>४. उमेर :.....</p> <p>५. (क) मृतकको स्थायी ठेगाना :..... (ख) मृत्युको समय मृतकको ठेगाना :..... (ग) मृतकका पिता/लोग्नको नाम :..... (घ) मृतकका माताको नाम :.....</p> <p>६. मृत्यु भएको स्थान : अस्पताल/प्रतिष्ठान/घर/अन्यत्र (टिक् लगाउनुहोस) मृत्यु भएको सीानको ठेगाना :.....</p> <p>७. सूचना दिने व्यक्तिको नाम अनि ठेगाना :..... (कलम १ देखि २० सम्म भरी सकेपछि सूचना दिने व्यक्तिले नारीख सहित हस्ताक्षर गर्नु पर्छ) दिनांक :...../...../२०.....</p>	<p>८. मृतकका वासस्थान :..... (मृतक जहाँ बसोबास गर्थे त्यो शहर वा ग्रामको नाम) पुरा ठेगाना आवश्यकता छैन; कारण वासस्थान वा मृत्युको स्थान अलग हुनसक्छ (१) शहर (२) ग्रामको (सटिक सीानमा टिक् लगाउनुहोस) (क) शहर अनि ग्रामको नाम:..... (ख) जिल्लाको नाम :..... (ग) राज्यको नाम :.....</p> <p>९. परिवारको धर्म :(सटिक स्थानमा चिन्ह दिनुहोस) (१) हिन्दु (२) मुसलिम (३) खृष्टान (४) अन्यान्य (नाम लेख्नुपर्छ).....</p> <p>१०. मृतकको पेशा :..... (नभए खण्डमा छेन भनी लेख्नुहोस)</p> <p>११. मृत्यु हुनअघि कुन प्रकारको चिकित्सा पाए? (१) चिकित्सा केन्द्र (२) अन्यत्र (३) कुनै सुविधा नपाएको (सटिक स्थानमा टिक् लगाउनुहोस)</p>	<p>१२. मृत्युको कारण चिकित्सकद्वारा प्रमाणित गरिएको थियो? (१) हो (२) होइन (सटिक स्थानमा टिक् लगाउनुहोस)</p> <p>१३. रोगको नाम अथवा मृत्युको कारण:</p> <p>१४. यदि मृतक कुनै महिला भए, मृत्युको समय तिनी गर्भवती थिएन, प्रसवकालमा वा गर्भमुक्तिको छः सप्ताहभित्र मृत्यु भएक छ कि छैन? (१) हो (२) होइन (सटिक स्थानमा टिक् लगाउनुहोस)</p> <p>१५. मृतक धूमपानको आदत रहेको भए त्यो कति सालदेखि?</p> <p>१६. कुनै किसिमको सुर्ती खाने आदत रहको भए त्यो कति सालदेखि?</p> <p>१७. सुपारी वा सुपारी जस्तै अन्य(पान मसालासहित)खाने आदत रहेको भए त्यो कति सालदेखि?</p> <p>१८. मदपानको आदत रहेको भए त्यो कति सालदेखि?</p>
--	---	---

(सवै कलम भरे पछि देब्रे पटि हस्ताक्षर गर्नु पर्छ)

<p>(रेजिस्टार/सबरेजिस्टारले भर्नुपर्ने)</p> <p>पञ्जीकरण संख्या :..... पञ्जीकरण तारीख:.....</p> <p>पञ्जीकरण केन्द्रको नाम अनि ठेगाना :.....</p> <p>मन्तव्य(केहीभए) :.....</p> <p>रेजिस्टार/सब रेजिस्टारको हस्ताक्षर</p>	<p>(रेजिस्टार/सबरेजिस्टारले भर्नुपर्ने)</p> <p>कोड न०:..... पञ्जीकरण संख्या :..... पञ्जीकरण तारीख :...../...../20.....</p> <p>पञ्जीकरण केन्द्रको नाम अनि ठेगाना :..... मृत्युको तारीख :...../...../२०..... लिङ्ग : पुरुष/महिला उमेर:.....</p> <p>..... मृत्युको स्थान :(अस्पताल /घर/अन्यत्र)(सटिक स्थानमा टिक् लगाउनुहोस)</p> <p>.....</p> <p>रेजिस्टार/सब रेजिस्टारको नाम अनि हस्ताक्षर सीलमोहर</p>
--	--