मन्त्र (सी चार्क) Remarks (if any) DEA/#8: ध-अव गर र 2. Name of the decease/মৃতকৰ নাম: Town/Village: 4. Sex of the deceased / মৃতকৰ লিংগ ঃ 3. UID No. of the deceased/ মৃতকৰ ইউ আই ডি নঃঃ 1. Date of Death/ মৃত্যুৰ তাৰিখ: 福田(格: Registration Unit 5. Name of the Father/Mother/পিড়/মাতৃৰ নাম : To be filled by the information / বাৰ্দ্ৰা বাহকে ভৰ্তি কৰিব Form 2 व्याप्त गर्याः Registration No Date/ रासि : Address/ Ban : 10. Town or Village of Residence of the deceased: 9. Information's Name: Place of death (Tick the appropriate place) : 6. Name of the Husband/Wife/ স্বামী/পড়ীৰ নাম: 7. Age of the deceased/ মৃতকৰ বয়স : ₹ House/स्य: UID No. of Husband/Wife/ সামী/পত্নীৰ ইউ আই ডি নং: UID No. of Father/Mother / পিতৃ/মাতৃৰ ইউ আই ডি নং : ন্তুন হান (সমুচিত হানত চিক্ দিয়ক) 3. Other Place/年刊次: अर्थन माठान नाम : शृष्टम मिला श्रीव रा हर्न : চৰেবৰ্গৰেন্দ: (a) Name of Town/Village: (डिक्ट्गिन्स/ग्रज्ञ) Address/841: Name/HY: Hospital/Institution This part to be added to Death Register To be filled by the Registrar এই অংশ পঞ্জীনিবন্ধনত সংলগ্ন কৰক (श्रह्मादक छाउँ करिय Legal Information (মৃত্যুৰ প্ৰতিবেদন) বিধসমত তথ্য) স্থীয়ন তাৰিখ: District / बिना: Registration date REPORT Name and Signature of the Registrar the informant/সংবাদ দাতাৰ চহা বা Signaturé or lett thumb mark of ৰাৰ্ডফালৰ বুঢ়া আঞ্চুলিৰ টিপচই श्रीप्रक्रम् नाम ध्यान हरो Registration unit: Tahsil Name /नाम : To be filled by the Register Town /Village/চহৰ / গাঁও : District /बला : क्षान (निः 13. Type of medical attention recived before death 10. Address of the Deceased at the time of Death : To be filed by the informant/ সংবাদ দাভাই ভৰ্ডি কৰিব 11. Religion (Tick the appropriate entry below): 12. Occupation of the deceased/मुख्यन कोदिना 2. Medical attention other than Institution সিংছাৰ বাহিৰে চিকিংসালয়ৰ A. Hindwitt 2. Muslim/ARTHH 3. No Medical attention / চিকিৎসালয়ৰ মনোযোগৰিহীন 4. Any other religion (write name of religion) ধর্ম (সমূচত স্থানত চিক্লিয়ক): (মৃত্যুৰ সময়ত মৃতকৰ ঠিকনা) (d) Name of State / বাজ্যৰ নাম: l. Instition সংখ্য ঃ (সমূচিত খানত চিহ্ন দিয়ক) (b) Is it a town or Village (Tick the appropriate critry below) षमा (काला कर (कांब नाग উत्तर करक) (Tick the appropriate entry below) Name of District / জিলাৰ নাম: Town / চহৰ ই চহৰ বা গাঁও হয়নে (সমূচিত ছানত চিহ্ন দিয়ক): 2. Village Alle: This part to be detached and sent for statistical processing 3. Christian/दीविश्रान (এই অংশ বিচ্ছিন্ন কৰি পৰিসংখান সক্ৰেন্ত পৰেকোৰ কৰণে পঠাওঁক DEATH REPORT (মৃত্যুৰ প্রতিবেদন) Code No. Statistical Information পরিসংখ্যান সক্রোন্ডীয় তথ্য) Place /st 4. Other /wa Place of Death /तृष्ट्रम ग्रेष्टे: Age / years/months/days/hours 3. House ha 2. Institution / Total Date of Death /মৃত্যুৰ ভাৰিৰ: Registration No./भाषित्र गः 1. Hospital /किक्ज़ाल (भन्नोग्राक छप्ति कस्ति) 20. If used to habitually drink alcohol for how many years? 19. If used to habitually chew arecasut in any from (including parmasala) 18. If used to habitually chew tobacco in any from for how many years? 17. If used to habitually smoke to how many years? 16. In case this is a female death did the death occure while pregnent at the 15. Name of disease or actual cause of Death 14. Was the cause of death medically certified? (गरि छात्रान नान कन्न बड़ाजनाङ (ठाळ निकान दहस नदा) for how many years? (भी रशाउ त्रम हृद्दि (श्रांत घडान घाट, त्रदा क्यिन सून) (अपि मार्थाठ त्यस्न पान्तामान्य त्यर्था विज्ञान सहरोग और वाहाम) नक्स चित्र दिल्ला) (की मृष्टक महिना रूप, एटएड बाज मृत्यु नर्जबरी प्याक्ष्य, प्रज्ञान ज्यावक से नर्जधानम्ब ७ (Tick the appropriate entry below) (যদি মদ খোৱা অভাসগত তেত্তে কিয়ন বছৰৰ পৰ) time of delivery or within 6 weeks after the end of pregnancy: (त्रमस्य नाम या मृद्धान चाहन संस्त) (डिकिप्टानस्य दास मृद्धार काला दासनिक (२१) I. Yes/en 1. Yes/v **P** 2. No AKI 2. 16/16 Name and Signature of the Registrar Registration Date क्षेत्र हार्रियः প্ৰয়িকৰ নাম আৰু চুঠা

2. Female/अहिना I. Male / न्म: