

ফরমটি ইংরেজি বড় হাতের অক্ষরে পূরণ করুন

(ক্যাবোজমনি ফরম-৪)

মৃত্যু নিবন্ধন আবেদনপত্র^১

[বিধি ১২]

[জন্ম ও মৃত্যু নিবন্ধন (ক্যান্টনমেন্ট বোর্ড) বিধিমালা, ২০০৬]

১। নিবন্ধনাধীন ব্যক্তির বিবরণ :

নাম					জন্ম তারিখ		
মৃত্যুর তারিখ (শ্রীঃ)	সংখ্যার কথায়	দিন	মাস	বৎসর	লিঙ্গ	<input type="checkbox"/>	নারী
						<input type="checkbox"/>	পুরুষ
মৃত্যু স্থান							
মৃত্যুর কথিত কারণ							

২। পিতা, মাতার ও স্বামী/স্ত্রীর বিবরণ :

পিতার নাম	মাতার নাম	স্বামী/স্ত্রীর নাম

৩। স্থায়ী ঠিকানা :

বাসা :	রোড :	ক্যান্টনমেন্ট :
জেলা :	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					
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/শ্মশানের 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 ^২ প্রত্যয়ন (নাম, পদবী, স্বাক্ষর ও তারিখ)	সংশ্লিষ্ট ব্যক্তির প্রত্যয়ন (স্বাক্ষর, তারিখ ও নামসহ সীল)
(১)	(২)

৬. নিবন্ধক কর্তৃক পূরণীয় :

নিবন্ধকের অনুমোদন : (স্বাক্ষর, তারিখ ও নামসহ সীল)	নিবন্ধন বহি নং :	নিবন্ধন বহিতে লিপিবদ্ধকারীর স্বাক্ষর, তারিখ ও নামসহ সীল
	নিবন্ধনের তারিখ :	
	নিবন্ধন নং :	

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

✂

আবেদনকারীর অংশ^৩ : (আবেদনপত্র গ্রহণকারী নিচের অংশটি পূরণ করিয়া আবেদনকারীকে ফেরৎ দিবেন)

আবেদনকারীর নাম :	সনদ প্রদানের সম্ভাব্য তারিখ :/...../.....
আবেদনপত্র গ্রহণকারীর নাম ও পদবী :	তারিখসহ স্বাক্ষর	

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

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

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