

คำร้องขอจดทะเบียนคนตาย

ผู้ตาย	ชื่อ..... ชื่อรอง (ถ้ามี)..... ชื่อสกุล..... เพศ <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง ชื่อสะกดเป็นภาษาอังกฤษ ชื่อสกุล..... เลขประจำตัวประชาชน อายุ ปี ที่อยู่ตามทะเบียนบ้านในประเทศไทย ที่อยู่ต่างประเทศ สัญชาติ <input type="checkbox"/> ไทย <input type="checkbox"/> อื่นๆ (ระบุ) อาชีพ สถานภาพสมรส <input type="checkbox"/> โสด <input type="checkbox"/> สมรส <input type="checkbox"/> หย่า <input type="checkbox"/> ม่าย
รายงานการตาย	ตายเมื่อวันที่ เวลา น. ผู้รักษาก่อนตาย <input type="checkbox"/> แพทย์ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> อื่นๆ หน่วยงานที่ออกหลักฐานการตายท้องถิ่น สาเหตุการตาย (ภาษาไทย)
สถานที่ตาย	สถานที่ที่ตาย (ภาษาไทย) สถานที่ที่ตาย (ภาษาอังกฤษ) พักอยู่สถานที่ตายนาน ปี เดือน วัน
หลักฐานการแจ้งตาย	<input type="checkbox"/> หลักฐานการตายที่ทางการท้องถิ่นออกให้ <input type="checkbox"/> บัตรประจำตัวผู้ตาย (ถ้ามี) เลขที่ <input type="checkbox"/> หนังสือเดินทางเลขที่ <input type="checkbox"/> หนังสือมอบอำนาจกรณีแจ้งแทน <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> บัตรประจำตัวประชาชนผู้แจ้งการตายเลขที่ <input type="checkbox"/> หนังสือเดินทางเลขที่ <input type="checkbox"/> สำเนาทะเบียนบ้านผู้ตาย (ถ้ามี) เลขที่ <input type="checkbox"/> หลักฐานอื่นๆ
บิดา มารดาของผู้ตาย	บิดา (ชื่อ-ชื่อสกุล) เลขประจำตัวประชาชน มารดา (ชื่อ-ชื่อสกุล) เลขประจำตัวประชาชน
ผู้แจ้งการตาย	ชื่อ-สกุล เลขประจำตัวประชาชน ความเกี่ยวข้องกับผู้ตาย <input type="checkbox"/> บิดา <input type="checkbox"/> มารดา <input type="checkbox"/> ญาติ <input type="checkbox"/> ผู้อื่น <input type="checkbox"/> เจ้าบ้าน <input type="checkbox"/> เจ้าพนักงาน ที่อยู่
ศพ	จัดการศพโดย <input type="checkbox"/> เก็บ <input type="checkbox"/> ผัง <input type="checkbox"/> เผา <input type="checkbox"/> อื่นๆ ที่ตั้งและสถานที่จัดการศพ วัน/เดือน/ปี ที่แจ้ง
ลงชื่อ ผู้แจ้ง ลงชื่อ เจ้าหน้าที่ผู้รับแจ้ง ลงชื่อ นายทะเบียนรับแจ้ง (.....) (.....) (.....) ตำแหน่ง ตำแหน่ง	