



प्रपत्र सं. 2

मृत्यु सूचना/
मृत्यु रजिस्टर

विधिक सूचनाएं

यह भाग मृत्यु पंजीका में जुड़ेगा

बुक क्र./2014/..... क्र.
फार्म क्र.-2/फार्म क्र.-8

बुक क्र./2014/..... क्र.
फार्म क्र.-2



प्रपत्र सं. 2

(नियम 5 देखें)

मृत्यु सूचना प्रपत्र

सांख्यिकी सूचनाएं

(इसे अलग करके सांख्यिकी प्रसंस्करण के लिए भेजा जाए)

बुक क्र./2014/..... क्र.
फार्म क्र.-2



मृत्यु सूचना

(प्रतिपण जानकारी)

बुक क्र./2014/..... क्र.
फार्म क्र.-2

(सूचना देने वाले द्वारा भरा जाएगा)

- मृत्यु की तिथि:
(मृत्यु का सही दिन, माह एवं वर्ष अंकित करें जैसे 1-1-2000)
- मृतक का नाम:
(पूर्ण जैसे सामान्यतः लिखा जाता है)
- मृतक का लिंग:
(पुरुष या महिला अंकित करें, संक्षिप्त में नहीं)
- माता का नाम:
- पिता का नाम:
- अपति/पति का नाम:
- मृतक की आयु:
(यदि मृतक की आयु 1 वर्ष से अधिक हो तो आयु पूर्ण वर्षों में दें, यदि मृतक की आयु 1 वर्ष से कम हो तो पूर्ण माहिनों में दें एवं यदि आयु 1 माह से कम हो तो पूर्ण दिनों में दें तथा यदि आयु 1 दिन से कम हो तो पूर्ण घंटों में दें)
- मृत्यु के समय मृतक का पता:
- मृतक का स्थायी पता:
- मृत्यु का स्थान: (1 अथवा 2 पर सही का निशान लगाएं तथा अस्पताल/संस्थान का नाम/पता एवं जहां मृत्यु हुई हो उस घर का पता)
नाम:
1. अस्पताल/संस्था,
2. घर, पता,
3. अन्य स्थान,
- सूचनादाता का नाम:
पता:
(जब स्तम्भ 1 से 21 तक पूरे भर जाएं तब सूचना देने वाला यहां हस्ताक्षर करेगा व तारीख भरेगा)
दिनांक: सूचना देने वाले के हस्ताक्षर या बाएं हाथ के अंगूठे का निशान

रजिस्ट्रार द्वारा भरा जाना है

पंजीकरण संख्या: पंजीकरण दिनांक:

पंजीकरण इकाई:
शहर/ग्राम: जिला:

(टिपणी यदि कोई हो)

रजिस्ट्रार का नाम व मोहर सहित हस्ताक्षर

(सूचना देने वाले द्वारा भरा जाएगा)

- ग्राम या शहर, जहां मृतक का निवास हो (मृतक जहां सामान्यतः रहता हो, क्योंकि मृत्यु की जगह भिन्न हो सकती है, वहां का पते की प्रविष्टि आवश्यक नहीं)
क. शहर/ग्राम का नाम:
ख. क्या शहर है अथवा ग्राम है (सही का निशान लगाएं)
1. शहर 2. ग्राम
- जिले का नाम:
- राज्य का नाम:
- धर्म (सही का निशान लगाएं)
1. हिन्दू 2. मुस्लिम 3. इसाई
4. अन्य धर्म:
(धर्म का नाम लिखें)
- मृतक का व्यवसाय:
(यदि कोई व्यवसाय नहीं हो तो शून्य लिखें)
- मृत्यु से पूर्व प्राप्त चिकित्सा का प्रकार: (सही का निशान लगाएं)
1. संस्थागत
2. संस्थागत के अलावा अन्य चिकित्सा
3. कोई चिकित्सा प्राप्त नहीं की

रजिस्ट्रार द्वारा भरा जाना है

नाम: कोड संख्या:

जिला:
तहसील:
शहर/ग्राम:

पंजीकरण इकाई:

सूचनादाता के हस्ताक्षर

(सूचना देने वाले द्वारा भरा जाएगा)

- मृत्यु दिनांक:
- लिंग (✓ का निशान लगाएं)
(अ) पुरुष (ब) महिला
- मृतक का नाम व पता:
- मृत्यु का स्थान:
- सूचनादाता का नाम व पता:
- सूचना दिनांक:

सूचना प्राप्तकर्ता के हस्ताक्षर

दिनांक:

रजिस्ट्रार का नाम व मोहर सहित हस्ताक्षर