

মৃত্যুর প্রমাণ পত্র

নাম

পিতা/স্বামীর নাম

ঠিকানা

বয়স পুরুষ/মহিলা ধর্ম দেশা

জন্ম তারিখ সময়

মৃত্যুর তারিখ সময়

বোগের নাম/মৃত্যুর কারণ

.....

.....

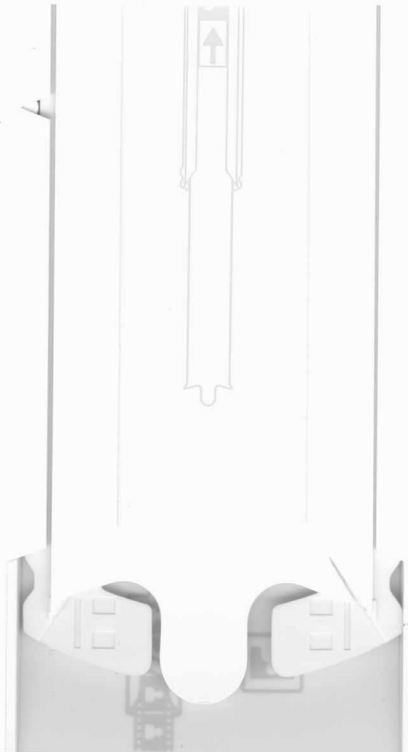
.....

হাসপাতাল

তারিখ

স্বাক্ষর

অবাসিক চিকিৎসক/
সহরেজিষ্ট্রার
বিভাগ



মৃত্যুর প্রমাণ পত্র

নাম

পিতা/স্বামীর নাম

ঠিকানা

বয়স পুরুষ/মহিলা ধর্ম দেশা

জন্ম তারিখ সময়

মৃত্যুর তারিখ সময়

বোগের নাম/মৃত্যুর কারণ

.....

.....

.....

স্বাক্ষর

হাসপাতাল

তারিখ

অবাসিক চিকিৎসক/
সহরেজিষ্ট্রার
বিভাগ

