



หนังสือรับรองการตาย

รหัสสถานพยาบาล.....

เลขนาบที่ออกหนังสือรับรอง.....

ส/นชว..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....
วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

1 ผู้ ตาย	1.1 ชื่อตัว ชื่อสกุล		1.2 เลขประจำตัวประชาชน	1.3 เพศ
	1.4 อายุ	ปี	1.5 สัญชาติ	1.6 อาชีพ
	1.8 ที่อยู่			1.9 ศาสนา

2 อาการ การ ตาย	2.1 ตาย วันที่..... เวลา..... น.	2.2 ผู้รักษาโรคชื่อ	
	2.3 โรคที่เป็นสาเหตุการตาย (เขียนเป็นภาษาอังกฤษตัวพิมพ์ใหญ่ (CAPITAL LETTER))		ระยะเวลาตั้งแต่วันที่..... เป็นโรคจนกระทั่ง เสียชีวิต
	a) (due to)		
	b) (due to)		
c) (due to)			
2.4 โรคหรือภาวะอื่นที่เป็นเหตุหนุน.....			
2.5 โรคหรือภาวะที่แจ้งเจ้าหน้าที่ทะเบียนราษฎรติดต่อกองในช่อง "สาเหตุการตาย" ในแบบบัตร (ให้เขียนชื่อโรคหรือภาวะเดียวเท่านั้นโดยเขียนเป็นภาษาไทย).....			
2.6 หากผู้เสียชีวิตเป็นสตรี <input type="checkbox"/> ไม่ตั้งครรภ์ <input type="checkbox"/> กำลังตั้งครรภ์..... สืบสาเหตุ <input type="checkbox"/> ตั้งถิ่นฐานการตั้งครรภ์ไม่เกิน 6 สัปดาห์ <input type="checkbox"/> ไม่พบ			

3 วันที่ตาย	3.1 ชื่อสถานที่ ที่อยู่	3.2 ที่ของผู้ตายที่สถานพยาบาล เดือน.....
----------------	----------------------------	---

4 บรรดา การของ ตาย	4.1 ชื่อตัว ชื่อสกุลมารดา	4.2 สัญชาติ	4.3 เลขประจำตัวประชาชน
	4.4 ชื่อตัว ชื่อสกุลบิดา	4.5 สัญชาติ	4.6 เลขประจำตัวประชาชน

5 ใบรับรอง การตาย	5.1 ชื่อตัว ชื่อสกุล	เลขประจำตัวประชาชน
	5.2 เป็น <input type="checkbox"/> แพทย์แผนปัจจุบัน <input type="checkbox"/> พยาบาล <input type="checkbox"/> เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ระบุ.....	

หมายเหตุ: สาเหตุการตายที่ระบุในหนังสือรับรองการตายฉบับนี้ ระบุไว้ตามกฎหมายแพ่งและวิธี
 จำแนกโรคระหว่างประเทศ เพื่อรวบรวมข้อมูลทะเบียนราษฎร, ทำสถิติการตาย
 ของประเทศ และใช้ในการวางแผนป้องกันและแก้ปัญหาสาธารณสุขเท่านั้น ลงชื่อ..... ผู้รับรองการ
 ในทางแตกต่างจากใบรับรองทางกฎหมายชนิดอื่น (เช่น ใบขึ้นสู่อากาศ) ได้ (.....)