

(คำแปล)

## ใบแจ้งการตาย

วันที่รับแจ้ง (วันที่) (เดือน) (พ.ศ.)

เลขที่ (00000)

วันที่แจ้ง (วันที่) (เดือน) (พ.ศ.)

เรียน ผู้อำนวยการ (อำเภอ/เขต) (จังหวัด/กรุงเทพมหานคร)

### ข้อมูลผู้ตาย

ชื่อ-สกุล (ชื่อ) (ชื่อสกุล) เพศ (ชาย/หญิง)

วันเดือนปีเกิด (วันที่) (เดือน) (พ.ศ.)

วันที่ตาย (วันที่) (เดือน) (พ.ศ.) เวลา (00.00) น.

สถานที่ตาย (เลขที่) (ตำบล/แขวง) (อำเภอ/เขต) (จังหวัด/กรุงเทพมหานคร)

ที่อยู่ (เลขที่) (ตำบล/แขวง) (อำเภอ/เขต) (จังหวัด/กรุงเทพมหานคร)

เจ้าบ้าน (ชื่อ) (ชื่อสกุล)

ภูมิลำเนา (สัญชาติ) ไทย

คู่สมรส มี (อายุ 00 ปี) ไม่มี (โสด/หม้าย/หย่า)

อาชีพ (ถ้ามี กรุณาใส่รายละเอียด)

อื่นๆ (ถ้ามี กรุณาใส่รายละเอียด)

### ข้อมูลผู้แจ้ง

ผู้แจ้ง (ความสัมพันธ์กับผู้ตาย)

ที่อยู่ (เลขที่) (ตำบล/แขวง) (อำเภอ/เขต) (จังหวัด/กรุงเทพมหานคร)

ภูมิลำเนา (เลขที่) (ตำบล/แขวง) (อำเภอ/เขต) (จังหวัด/กรุงเทพมหานคร)

ลายมือชื่อ (ชื่อ) (ชื่อสกุล) (ตราประทับ) เกิดเมื่อวันที่ (วันที่) (เดือน) (พ.ศ.)

(คำแปล)

## หนังสือรับรองการตาย

ชื่อ-สกุล (ชื่อ) (ชื่อสกุล) เพศ (ชาย/หญิง) วันเดือนปีเกิด (วันที่) (เดือน) (พ.ศ.)

วันที่ตาย (วันที่) (เดือน) (พ.ศ.) เวลา (00.00) น.

ประเภทของสถานที่ตาย (ประเภท)

ที่อยู่ของสถานที่ตาย (เลขที่) (ตำบล/แขวง) (อำเภอ/เขต) (จังหวัด/กรุงโตเกียว)

ชื่อของสถานที่ตาย (ชื่อ)

สาเหตุการตาย

1.1) สาเหตุการตายโดยตรง (สาเหตุการตาย) ระยะเวลาที่เกิดอาการจนตาย (00) เดือน (00) วัน

1.2) สาเหตุของข้อ 1.1) (ถ้ามี กรุณาใส่รายละเอียด)

1.3) สาเหตุของข้อ 1.2) (ถ้ามี กรุณาใส่รายละเอียด)

1.4) สาเหตุของข้อ 1.3) (ถ้ามี กรุณาใส่รายละเอียด)

การผ่าตัดไม่มี/มี (ถ้ามี กรุณาใส่รายละเอียด) วันที่ผ่าตัด (วันที่) (เดือน) (พ.ศ.)

การชันสูตรศพ ไม่มี/มี (ถ้ามี กรุณาใส่รายละเอียด)

ประเภทของสาเหตุการตาย (ประเภท)

บันทึกเพิ่มเติม เวลาที่ได้รับบาดเจ็บ (วันที่) (เดือน) (พ.ศ.) เวลา (00.00) น.

ประเภทของสถานที่ที่ได้รับบาดเจ็บ (ประเภท)

สถานที่ที่ได้รับบาดเจ็บ (ตำบล/แขวง) (อำเภอ/เขต) (จังหวัด/กรุงโตเกียว)

วิธีและสภาพการณ์ (ถ้ามี กรุณาใส่รายละเอียด)

เหตุการณ์อื่นที่ต้องระบุเป็นพิเศษ (ถ้ามี กรุณาใส่รายละเอียด)

ขอรับรองว่าได้ทำการวินิจฉัย (ชันสูตร) ตามบันทึกข้างต้นจริง

วันที่วินิจฉัย (ชันสูตร) (วันที่) (เดือน) (พ.ศ.)

วันที่ออกหนังสือรับรอง (วันที่) (เดือน) (พ.ศ.)

(ชื่อโรงพยาบาล)

(เลขที่) (ตำบล/แขวง) (อำเภอ/เขต) (จังหวัด/กรุงโตเกียว)

(ชื่อ-สกุล) แพทย์ (ชื่อ) (ชื่อสกุล) (ตราประทับ)

ขอรับรองว่ารายการข้างต้นนี้ได้ถูกบันทึกไว้ในใบแจ้งการตายจริง

ลงวันที่ (วันที่) (เดือน) (พ.ศ.)

(ชื่อ) (ชื่อสกุล) ผู้อำนวยการ (อำเภอ/เขต) (จังหวัด/กรุงโตเกียว) (ตราประทับประจำตำแหน่ง)

เอกสารฉบับนี้ได้รับการประทับตรารับรองโดยกระทรวงการต่างประเทศญี่ปุ่น

ลงวันที่ (วันที่) (เดือน) (พ.ศ.)

รับรองการแปลถูกต้อง

ลงชื่อ (ลายเซ็นผู้แปล) ผู้แปล

(นาย/นาง/นางสาว (ชื่อ) (ชื่อสกุล))

ที่อยู่ เลขที่ (เลขที่) (ตำบล/แขวง) (อำเภอ/เขต)

(จังหวัด/กรุงเทพฯ) ประเทศไทย

โทรศัพท์ (000-0000-0000)