

বাংলাদেশ ফরম নং ৮০৪

মৃত্যুর প্রমাণ পত্র

নাম.....

পিতা/মাতার নাম.....

ঠিকানা.....

.....

বয়স..... পুরুষ/মহিলা..... ধর্ম..... পেশা.....

ভর্তির তারিখ..... সময়.....

মৃত্যুর তারিখ..... সময়.....

রোগের নাম/মৃত্যুর কারণ.....

.....

.....

.....

স্বাক্ষর.....

হাসপাতাল.....

তারিখ.....

আবাসিক চিকিৎসক/

সহরেজিষ্ট্রার

বিভাগ.....