

- ১। আবেদনকারীর নাম ও ঠিকানাঃ-----
- ২। মৃত ব্যক্তির নাম : -----
- ৩। মৃত ব্যক্তির পিতা/ স্বামীর নাম : -----
- ৪। মৃত ব্যক্তির মাতার নামঃ-----
- ৫। মৃত ব্যক্তির স্ত্রীর নাম : -----
- ৬। স্থায়ী ঠিকানা : মহল্লাঃ ----- ওয়ার্ড নং----- হোল্ডিং নং----- ডাকঘরঃ -----
উপজেলা : ----- জেলা : -----
- ৭। মৃত্যুর তারিখ :-----
- ৮। জন্ম তারিখ : -----
- ৯। কবরস্থান /শশ্মান/ হাসপাতালের নাম : -----
- ১০। মৃত ব্যক্তির সাথে সম্পর্ক : -----
- ১১। নিম্নে ওয়ারিশ গণের নাম বর্ণনা করা হলো।

| ক্রঃ নং | ওয়ারিশ গণের নাম | সম্পর্ক |
|---------|------------------|---------|
| ১ | | |
| ২ | | |
| ৩ | | |
| ৪ | | |
| ৫ | | |
| ৬ | | |
| ৭ | | |
| ৮ | | |
| ৯ | | |
| ১০ | | |
| ১১ | | |
| ১২ | | |
| ১৩ | | |
| ১৪ | | |
| ১৫ | | |

১২। আমি ঘোষণা করিতেছি যে, উপরে প্রদত্ত তথ্য আমার জানামতে নির্ভুল ও সত্য উপযুক্ত বিবরণে যদি কোন প্রকার মিথ্যা থাকে তাহার জন্য আমি ব্যক্তিগত ভাবে দায়ী থাকিব এবং আমার বিরুদ্ধে আইনানুগ ব্যবস্থা গ্রহণ করা যাইবে।

তারিখ :

আবেদনকারীর স্বাক্ষর
মোবাইলনং-