



मुख्य रजिस्ट्रार (जन्म-मृत्यु), मध्यप्रदेश

फार्म क्र. 2

मृत्यु सूचना/मृत्यु रजिस्ट्रार

फार्म क्र. 5

(वैधानिक जानकारी)

(सूचनादाता द्वारा भरा जाएगा)

1. मृतक का नाम
2. मृतक का लिंग
3. मृत्यु का दिनांक
4. मृत्यु का स्थान
5. मृतक के माता का नाम
6. मृतक की आयु
(यदि मृतक की आयु 1 वर्ष से अधिक हो तो पूर्ण किये गए वर्ष, यदि मृतक की आयु 1 वर्ष से कम थी तो आयु मास में तथा यदि 1 माह से कम या तो पूर्ण दिनों की संख्या और यदि एक दिन से कम हो तो घंटे)
7. (अ) मृतक के पिता/पति का नाम
8. मृतक का मृत्यु के समय पता
9. मृतक का स्थायी पता
10. मृत्यु का स्थान (निम्न समुचित परिदृष्टि पर ✓ का निशान लगाए)
(1) अस्पताल / संस्था में—नाम
पता
(2) घर में—पता
(3) (अन्य स्थान पर) पता
11. सूचनादाता का नाम व पता

रजिस्ट्रार द्वारा भरा जाए

पंजीयन दिनांक
पंजीयन इकाई
नगर/ग्राम
जिला
टिप्पणियां

रजिस्ट्रार का नाम व हस्ताक्षर
एवं सील

शाकमुभा-924-संसंख्यासांभा-10-3-13-8,000 युक्स (25x1)



मुख्य रजिस्ट्रार (जन्म-मृत्यु), मध्यप्रदेश

मृत्यु सूचना

(सांख्यिकीय जानकारी)

(सूचनादाता द्वारा भरा जाएगा)

फार्म क्र. 2

12. मृतक के सामान्य निवास का स्थान—
(अ) स्थान का नाम
(ब) क्या वह नगर है या ग्राम?
(✓ का निशान लगावें)
1. नगर 2. ग्राम
(स) जिले का नाम
(द) राज्य का नाम
13. परिवार का धर्म (✓ का निशान लगाए)
1. हिन्दू 2. मुस्लिम 3. ईसाई
4. अन्य धर्म (नाम लिखें)
14. मृतक का व्यवसाय
15. मृत्यु से पूर्व प्राप्त चिकित्सा का प्रकार (✓ का निशान लगाए)
1. संस्थागत
2. संस्थागत के अलावा अन्य चिकित्सा
3. कोई चिकित्सा नहीं
16. क्या मृत्यु का कारण चिकित्सकीय रूप से प्रमाणित किया गया?
(✓ का निशान लगाए)
1. हां 2. नहीं
17. बीमारी का नाम या मृत्यु का वास्तविक कारण (चाहे चिकित्सीय रूप से प्रमाणित हो अथवा नहीं)
18. स्त्री मृत्यु की दशा में क्या मृत्यु गर्भावस्था में, प्रसूति के समय या गर्भावस्था के समाप्त होने के बाद 6 सप्ताह के भीतर हुई?
(✓ का निशान लगाए)
1. हां. 2. नहीं
19. यदि मृतक धूम्रपान का आदी था तो कितने वर्षों से?
20. मृतक किसी भी रूप में तम्बाकू सेवन करता था तो कितने वर्षों से?
21. मृतक यदि सुपारी, पान मसाला या पान चबाने का आदी था तो कितने वर्षों से?
22. मृतक यदि मदिरा पान का आदी था तो कितने वर्षों से?

रजिस्ट्रार द्वारा भरा जाए

पंजीयन इकाई
नगर/ग्राम
तहसील
जिला

पंजीयन क्रमांक
पंजीयन दिनांक
मृत्यु दिनांक
लिंग : 1 पुरुष 2. स्त्री
आयु (वर्ष/माह/दिन/घण्टे)
मृत्यु का स्थान : 1. अस्पताल / संस्था 2. घर 3. अन्य स्थान.

रजिस्ट्रार का नाम व हस्ताक्षर
एवं सील