འབྲི་ཡིག་ཨང་།ཁ་སེལ་ཚར་ཆེས་-སྒེས་དཀོ-০৭/ Form No. BCRS-SD-01

དཔལ་ལྡན་འབྲུག་གཞུང་།

ROYAL GOVERNMENT OF BHUTAN

ནང་སྒྲིད་དང་སྲོལ་འཛིན་ལྷན་ཁག།

MINISTRY OF HOME AND CULTURAL AFFAIRS

ཞི་བའི་ཐོ་བཀོད་དང་མི་རྒྱས་ལས་ཁུངས།

DEPARTMENT OF CIVIL REGISTRATION AND CENSUS

འབྲུག་རྒྱལ་ཁབ་ནང་ གསོས་བའི་མཐན་རྟེན་མེད་ས་དེ་ ཕྱི་རྟེན་ཁང་མ་ ཤེ་བའི་གསལ་ཡིག

STATEMENT OF DEATH THAT OCCUR OUTSIDE HEALTH FACILITY IN BHUTAN

རྒྱལ་ཁབ/ཁྲོམ་སྡེ/GEWOG/THROMDE:_____ རྫོང་ཁག/DZONGKHAG:_____

1. ཚེ་འདས་ཀྱི་མིང་/ NAME OF DECEASED	2.སྐྱེས་ཚེ/AGE(ཚེས/DD/ཟླ/MM/ལོ/YYYY)	3.ཕོ་མོ་དབྱེ་བ/GENDER	4.ཤི་བའི་ཚེས་གྲངས/DATE OF DEATH	5.ཤི་བའི་དུས་ཚོད(ཚོད་ཤེས)/ TIME OF DEATH (approx)
6. མི་གྲངས་རོ་སྟོད་ལག་ཕྱེད/དམིགས་བསལ་གནས་སྟོད་ཚོགས་ཐམ/ལས་འགྲུལ་ཚོགས་ཐམ/ལས་ཡིག་ཨང/CID/SRP/PERMIT/PASSPORT NO.				
7. ཁྱིམ་ཨང/HOUSE NO.	8. ཐ�་ཨང/THARM NO.	9. གཡུས/VILLAGE	10. རྒྱལ་ཁབ/ཁྲོམ་སྡེ/GEWOG/THROMDE	
11. ཕ་པའི་མིང/FATHER'S NAME		12. ཨའི་གི་མིང/MOTHER'S NAME		
13. ཤི་བའི་རྒྱུ་རྐྱེན(ཤེས་པ་ཅིན)/PROBABLE CAUSE OF DEATH (IF KNOWN)				
14. ཚེ་འདས་འདི་ མདོ་གནད་ནི་ ན་ཚ་ཡང་ན་གནས་ཐུལ་ངར་ཆུ་གཏོར་ཁོར་ལས་མཇོད་རར་གྲུས་པ་ཅིག་བཀོད/NOTE DOWN BRIEFLY THE DECEASED'S ILLNESS OR CIRCUMSTANCES PRECEDING DEATH				
15. ཚོགས་པ་ཡང་ན་ཁྲོམ་རྩེ་ཚོགས་པའི་མིང/NAME OF TSHOGPA OR THROMDE TSHOGPA		16. རྒན་པ་ཡང་ན་འཛིན་སྐྱོང་ཏུ་ངེན/ཁྲོམ་དཔོན་གྱི་མིང/NAME OF GUP OR EXECUTIVE SECRETARY/THROMPON		
17. མཚན་རྟགས་དང་བཀྲ་ཚེས/SIGNATURE & DATE		18. ཐེཡུ་ མཚན་རྟགས་དང་བཀྲ་ཚེས/SEAL, SIGNATURE & DATE		