(คำแปล)

**ใบแจ้งการตาย**

 **วันที่รับแจ้ง** (วันที่) (เดือน) (พ.ศ.)

 **เลขที่** (00000)

**วันที่แจ้ง** (วันที่) (เดือน) (พ.ศ.)

**เรียน** (กำนันตำบล)/(นายอำเภอ)/(จังหวัด)

 (ผู้อำนวยการเขต)/(กรุงโตเกียว)

**ข้อมูลผู้ตาย**

**ชื่อ-ชื่อสกุล** (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/กรุงโตเกียว)

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

 **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/กรุงโตเกียว)

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

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

 (คำแปล)

**หนังสือรับรองการตาย**

**ชื่อ-ชื่อสกุล** (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)

**การผ่าตัด**  ไม่มี/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-ชื่อสกุล)** 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/กรุงโตเกียว) ประเทศญี่ปุ่น

โทรศัพท์ (000-0000-0000)