

คำร้องขอจดทะเบียนคนตาย

แจ้งวันที่ เดือน พ.ศ.

สำนักทะเบียนที่แจ้งตาย **สถานกงสุลใหญ่ ณ นครแฟรงก์เฟิร์ต**

ผู้ตาย	เพศ <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง ชื่อตัว ชื่อรอง (ถ้ามี) ชื่อสกุล นาย/นาง/นางสาว/ค.ช./ค.ญ. ชื่อสะกดเป็นภาษาอังกฤษ Mr./Mrs./Miss/Master ที่อยู่ตามทะเบียนบ้านในประเทศไทย ที่อยู่ต่างประเทศ สัญชาติ <input type="checkbox"/> ไทย <input type="checkbox"/> อื่น ๆ (ระบุ) อาชีพ สถานภาพการสมรส <input type="checkbox"/> โสด <input type="checkbox"/> สมรส <input type="checkbox"/> หย่า <input type="checkbox"/> หม้าย
รายการตาย	วัน/เดือน/ปีที่ตาย ____/____/____ เวลาที่ตาย ____:____ น. ผู้รักษาก่อนตาย <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> แพทย์ <input type="checkbox"/> อื่น ๆ หน่วยงานที่ออกหลักฐานการตายท้องถิ่น สำนักทะเบียนเมือง สาเหตุการตาย (ภาษาไทย) (ภาษาอังกฤษ)
สถานที่ตาย	สถานที่ตาย (ภาษาไทย) สถานที่ตาย (ภาษาอังกฤษ) พักอยู่ที่สถานที่ตายนาน ปี เดือน วัน
หลักฐานการแจ้งตาย	<input type="checkbox"/> หลักฐานการตายที่ทางการท้องถิ่นออกให้ (Sterbeurkunde) <input type="checkbox"/> บัตรประจำตัวประชาชนผู้ตาย (ถ้ามี) เลขที่ <input type="checkbox"/> หนังสือเดินทางเลขที่ <input type="checkbox"/> หนังสือมอบอำนาจกรณีแจ้งแทน <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ประจำตัวประชาชนผู้แจ้งการตาย (ถ้ามี) เลขที่ <input type="checkbox"/> หนังสือเดินทางเลขที่ <input type="checkbox"/> สำเนาทะเบียนบ้านผู้ตาย (ถ้ามี) <input type="checkbox"/> หลักฐานอื่น ๆ
บิดา มารดาของผู้ตาย	บิดา (ชื่อ-ชื่อสกุล) นาย เลขบัตรประชาชน มารดา (ชื่อ-ชื่อสกุล) นาง เลขบัตรประชาชน
ผู้แจ้งการตาย	ชื่อ-ชื่อสกุล เลขบัตรประชาชน ความเกี่ยวข้องกับผู้ตาย <input type="checkbox"/> บิดา <input type="checkbox"/> มารดา <input type="checkbox"/> ญาติ <input type="checkbox"/> ผู้อื่น (ระบุ) <input type="checkbox"/> เจ้าบ้าน <input type="checkbox"/> เจ้าพนักงาน ที่อยู่
ศพ	จัดการศพโดย <input type="checkbox"/> เก็บ <input type="checkbox"/> ฝัง <input type="checkbox"/> เผา <input type="checkbox"/> อื่น ๆ ที่ตั้งและสถานที่จัดการศพ
ลงชื่อ ผู้ยื่นคำร้อง ลงชื่อ เจ้าหน้าที่รับแจ้ง ลงชื่อ นายทะเบียน (.....) (.....) (.....) ตำแหน่ง ตำแหน่ง	
โทรศัพทที่บ้าน <input type="checkbox"/> มารับด้วยตนเอง โทรศัพทมือถือ <input type="checkbox"/> ส่งทางไปรษณีย์	