

MEDICAL CERTIFICATE OF DEATH

NAME OF DECEASED (SURNAME, GIVEN NAME)

SEX: M. .F.

DATE OF BIRTH:

DATE AND TIME OF DEATH:

PLACE OF DEATH:

Name of Hospital or Institution:

Address:

MANNER OF DEATH: Natural () Accident () Suicide (')

Homicide () Could not be Determined ()

CAUSE OF DEATH

APPROXIMATE INTERVAL BETWEEN ONSET AND DEATH:

ACCIDENT OR VIOLENCE(if applicable) :

Date and Time of Injury:

Place of Injury:

How Did the Injury Occur:

I certify that the above-named person died at the place, on the date, and from the cause(s) stated herein:

Signature of Physician:

Name:

(Print name in full)

Address:

Date signed:

死亡診断書

氏名： _____

性別： 男 女

生年月日： 年 月 日生

死亡年月日時分： 年 月 日 午前 午後 時 分

死亡場所： カカ国ブリティッシュコロンビア州

1.病院 2.診療所 3.老人ホーム 4.自宅 5.その他

1. 2. 3.の名称 _____

死亡の種類：

1. 病死、自然死 2.事故死 3.自殺 4.他殺 5.その他

死亡の原因： _____

発病から死亡までの期間： _____

傷害死の場合：

傷害発生年月日時分： 年 月 日 午前 午後 時 分

傷害発生場所：

傷害発生状況：

上記の通り相違ありません。

医師の氏名： _____

(氏名の表記は氏名、名の順で記載)

住 所： _____

平成 年 月 日

翻訳者： _____