

紐約市 紐約市健康與心理衛生局
死亡證明書

證書號碼:

檔案日期: 年 月 日

死者資料

死者姓名:

死亡日期: 年 月 日

死亡時間:

死亡地點:

性別: 男

出生日期: 年 月 日

年齡:

出生地:

職業:

家庭資料

父親姓名:

母親姓名:

申報人:

申報人地址:

後事安排

處理方式:

安置地點:

安置日期:

殯儀館:

醫師資料

主治醫師:

簽署日期: