

# 安大略省

註冊總局辦公室

茲證明此影片縮影與本處照片縮影存檔資料相符合

檔案存檔於加拿大

登記號碼：證書號碼：簽發日期：

年 月 日

註冊總局辦公室

簽發日期：

年 月 日

消費暨商業辦公室  
註冊總局

請於填寫前詳閱說明資料

安大略省省徽

## 死亡聲明書—表格 15

註：倘資料為死胎請填表格 7，此為永久性紀錄。  
死者資料

醫院代號：

1. 死者姓氏		2. 社會保險卡號碼	
3. 死者名字		性別	
4. 死亡日期		5. 出生日期	
年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
7. 年齡		6. 出生地點	
若少於 1 歲 ( 幾個月幾天 )		若少於 1 天 ( 幾小時幾分 )	
8. 死亡地點			
城市 <input type="checkbox"/> 醫院 <input type="checkbox"/> 療養院 <input type="checkbox"/> 住宅 <input type="checkbox"/> 其他			
9. 宣布死亡的醫生姓名			
10. 婚姻狀況		11. 死者之配偶姓名	
<input type="checkbox"/> 單身 <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 鰥寡 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 同性伴侶			
12. 職業		13. 職業類別	
14. 死者經常之住所			
15. 父親出生地		16. 父親姓名	
17. 母親出生地		18. 母親姓名	
由資料提供者填寫			
19. 姓名		20. 與死者之關係	
21. 簽名		21. 簽名	
22. 地址		日期	
年 月 日		年 月 日	
由殯儀館主任或負責人填寫			
23. 處理方式		24. 處理日期	
年 月 日		年 月 日	
25. 墓園名稱及地址			
26. 殯儀館主任姓名		27. 殯儀館名稱	
28. 殯儀館地址			
29. 殯儀館主任簽名		30. 商業代碼	
31. 日期		年 月 日	
由省府註冊員填寫			
核發地點		核發日期	
年 月 日		年 月 日	
茲簽署並證明死亡醫療報告及此證明書均正確屬實			
簽名		日期	
年 月 日		年 月 日	
註冊號碼		分區註冊代碼	
僅供註冊總局填註			

註冊總局副局長簽名

謄本

缺頁無效

鈐印