



CANTONMENT BOARD MARDAN

Mall Road, Mardan Cantt. Postal Code 23200

Ph: 0937-9230262, Fax: 0937-9230261 Email: mardancantt@gmail.com

Website: www.cbmardan.gov.pk, Facebook: [CBMOfficial1](https://www.facebook.com/CBMOfficial1)



APPLICATION FORM FOR DEATH REGISTRATION

| | |
|--|---|
| Deceased Name: _____ | مرحوم کا نام: _____ |
| Deceased CNIC / Passport Number: _____ | مرحوم کا شناختی کارڈ یا پاسپورٹ نمبر: _____ |
| Nationality: _____ | قومیت: _____ |
| Religion: _____ | مذہب: _____ |
| Marital Status: _____ | ازدواجی حیثیت: _____ |
| Gander: Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> | جنس: مرد <input type="checkbox"/> عورت <input type="checkbox"/> |
| Nature of Death: Normal <input type="checkbox"/> Dead body Found <input type="checkbox"/> | کیفیت وفات: نارمل <input type="checkbox"/> اشہلی <input type="checkbox"/> |
| Reason of Death: _____ | وجہ وفات: _____ |
| Date of Death: _____ | تاریخ وفات: _____ |
| Date of Birth: _____ | تاریخ پیدائش: _____ |
| Applicant's Name: _____ | درخواست دہندہ کا نام: _____ |
| Applicant's CNIC / Passport Number: _____ | درخواست دہندہ کا شناختی کارڈ یا پاسپورٹ نمبر: _____ |
| Relation with Deceased: _____ | متوفی سے رشتہ: _____ |
| Husband's Name: _____ | خاوند کا نام: _____ |
| Husband's CNIC / Passport Number: _____ | خاوند کا شناختی کارڈ یا پاسپورٹ نمبر: _____ |
| Father's Name: _____ | والد کا نام: _____ |
| Father's CNIC / Passport Number: _____ | والد کا شناختی کارڈ یا پاسپورٹ نمبر: _____ |
| Mother's Name: _____ | والدہ کا نام: _____ |
| Mother's CNIC / Passport Number: _____ | والدہ کا شناختی کارڈ یا پاسپورٹ نمبر: _____ |
| Buried by Name: _____ | تدفین کنندہ کا نام: _____ |
| Buried by CNIC / Passport Number: _____ | تدفین کنندہ کا شناختی کارڈ نمبر: _____ |
| Relation with Deceased: _____ | متوفی سے رشتہ: _____ |
| Date of Burial: _____ | تاریخ تدفین: _____ |
| Place of Death: _____ | جائے وفات: _____ |
| Place of Burial: _____ | جگہ تدفین: _____ |
| Old Registration Number: _____ | پرانا رجسٹریشن نمبر: _____ |
| Doctor's Name: _____ | ڈاکٹر کا نام: _____ |
| Sickness Period: Days <input type="checkbox"/> Months <input type="checkbox"/> Years _____ | مدت علالت: دن <input type="checkbox"/> ماہ <input type="checkbox"/> سال _____ |
| _____ | دستخط درخواست دہندہ: _____ |
| _____ | تاریخ: _____ |
| _____ | رابطہ نمبر: _____ |