



FORM-B
(Application Form for Death Registration)
UNION ADMINISTRATION _____ (NO. _____)
TOWN / TEHSIL _____ DISTRICT _____



Applicant Information	
Applicant CNIC No: _____	درخواست دہندہ کا شناختی کارڈ نمبر: _____
Applicant Name: _____	درخواست دہندہ کا نام: _____
Applicant Mobile Number: _____	درخواست دہندہ کا موبائل نمبر: _____
Deceased Information	
Nationality: _____	مرحوم کا شناختی کارڈ نمبر: _____
Deceased Name: _____	مرحوم کا نام: _____
Nature of Death: _____	Reason of Death: _____
Gender: _____	Marital Status: _____
Date of Death: _____	Date of Birth: _____
Religion: _____	خاوند کا شناختی کارڈ نمبر: _____
Husband Name: _____	خاوند کا نام: _____
Parent's Information	
Father CNIC: _____	والد کا شناختی کارڈ نمبر: _____
Father Name: _____	والد کا نام: _____
Mother CNIC: _____	والدہ کا شناختی کارڈ نمبر: _____
Mother Name: _____	والدہ کا نام: _____
Deceased Other Information	
Relation with Applicant: _____	تدفین کنندہ کا شناختی کارڈ نمبر: _____
Burrier Name: _____	تدفین کنندہ کا نام: _____
Additional Info: _____	اضافی معلومات: _____
Relationship: _____	تاریخ تدفین: _____
Doctor Name: _____	ڈاکٹر کا نام: _____
Sickness Period: Years _____ Months _____ Days _____	جگہ تدفین: _____
Buried At: _____	جائے وفات: _____
Address Information	
Country Name: _____	ملک کا نام: _____
District: _____ Tehsil: _____	ضلع: _____ تحصیل: _____
Permanent Address: _____	مستقل پتہ: _____
Attestation	

تصدیق کونسلر/نمبردار: _____ جنازہ پڑھانے والے کی تصدیق: _____

The entry of the said that is according to the statement furnished by the Informing person/institute on. This extract to Mr. /Mrs _____
has been issued vide application cited _____ Book No _____ Entry No _____ Dated _____

Tracking ID: _____ CRMS No. _____