

南投縣名間鄉衛生所行政相驗申請單

申請日期： 年 月 日

申請份數：

份 編號：

死者姓名		出生年月日	年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
身分證號碼			生前職業	
戶籍住址				
死亡日期	中華民國	年	月	日 時 分
死亡地點	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 醫院 <input type="checkbox"/> 其他地點			
生前疾病				
亡者婚姻狀況	<input type="checkbox"/> 已婚有配偶 <input type="checkbox"/> 配偶死亡 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 不明			
亡者就診醫院				
申請人與死者關係				
依法令規定車禍受傷、他殺、自殺、其他意外死亡或可疑為非病死者應報請「司法相驗」，死者並無上述情形，請 貴所辦理「行政相驗」開立死亡證明書，如有不實，本人願受法律追訴。				
申請人姓名：				
身分證號碼：				
地址：				
電話：				
證明人：				
地址：				
電話：				
身分： <input type="checkbox"/> 村長 <input type="checkbox"/> 鄰長 <input type="checkbox"/> 其他				