**تکمیل کننده فرم:**

**محل سکونت:**

**شهرستان/دانشگاه محل سکونت:**

**محل فوت/دانشگاه محل فوت:**

**تاریخ در یافت خبر فوت:**

**نام متوفی:**

**نام خانوادگی متوفی:**

**شماره تلفن از بستگان متوفی:**

**سن متوفی: (در صورتیکه سن نامعلوم استٰ کد 99 / و در صورتیکه سن معلوم است:ثبت سن بجای کد99 )**

**تاریخ فوت:**

**علت اولیه فوت(تشخیص احتمالی)**

**کد ملی متوفی:**

**تابعیت: ایرانی غیرایرانی و دارای کارت اقامت غیر ایرانی و فاقد کارت اقامت غیرایرانی با وضعیت اقامت نامشخص**

**نام کشور(برای اتباع غیر ایرانی):**

**محل سکونت: شهر روستای اصلی روستای قمری روستای سیاری**

**محل زایمان: بیمارستان یا زایشگاه تسهیلات زایمانی منزل بین راه: زایمان انجام نشده(فوت در زمان بارداری یا به دنبال سقط یا مول):**

**محل فوت: بیمارستان یا زایشگاه تسهیلات زایمانی منزل بین راه(هنگام اعزام یا ارجاع به سطح دیگر) بین راه(هنگام مراجعه به مرکز بهداشتی یا درمانی) بین راه(محل حادثه و تصادف)**

**نام بیمارستان یا زایشگاه یا تسهیلات زایمانی محل فوت:**

**این مورد مرگ مادر محسوب می گردد :بله خیر(به دلیل تابعیت) خیر(به دلیل علت یا زمان وقوع فوت) در دست بررسی**

**توضیحات و آدرس**