

படிவம் எண் –2		படிவம் எண் –2	
இறப்பு அறிக்கை		படிவம் எண் –2	
சட்டம் சார்ந்த தகவல்கள்			
இறந்தப் பகுதி இறப்புப் பதிவேட்டில் சேர்க்கப்பட வேண்டும்			
தகவல் கொடுப்பவரால் நிரப்பப்பட வேண்டியவை		தகவல் கொடுப்பவரால் நிரப்பப்பட வேண்டியவை	
1. இறந்த தேதி (சரியான இறந்த தேதி, மாதம் மற்றும் ஆண்டு குறிப்பிடப்பட வேண்டும்) (உதாரணம் 01.01.2000)		11. இறந்தவர் குடியிருந்த வீடு அமைந்துள்ள நகரம் / கிராமம் (இறந்தவர் வழக்கமாக வசித்த இடம்) (இது இறப்பு நடந்த இடத்திலிருந்து வேறுபட்டதாக இருக்கலாம்) (வீட்டு முகவரியைப் பூர்த்தி செய்யத் தேவையில்லை)	
2. இறந்தவரின் பெயர் (வழக்கமாக எழுதப்படும் முழுப்பெயர்) ஆதார் எண் இருப்பின்		(அ) நகரம் / கிராமத்தின் பெயர்	
3. இறந்தவரின் பாலினம் ஆண் / பெண் / திருநங்கை (என்று முழுமையாக எழுதவும்) (சுருக்கங்களைப் பயன்படுத்தக் கூடாது).		(ஆ) நகரம் அல்லது கிராமம் (சரியான தகவலை டிக் குறியிடவும்)	
4. இறந்தவரின் தாயின் பெயர் (வழக்கமாக எழுதப்படும் முழுப்பெயர்) ஆதார் எண் இருப்பின்		1. நகரம் 2. கிராமம்	
5. இறந்தவரின் தந்தையின் பெயர் (வழக்கமாக எழுதப்படும் முழுப்பெயர்) ஆதார் எண் இருப்பின்		(இ) மாவட்டத்தின் பெயர்	
5.அ. இறந்தவரின் கணவர் / மனைவி பெயர் (வழக்கமாக எழுதப்படும் முழுப்பெயர்) கணவர் / மனைவியின் ஆதார் எண் இருப்பின்		(ஈ) மாநிலத்தின் பெயர்	
5. (ஆ). இறந்தவரின் கணவர்/மனைவி வயது		12. மதம் (சரியான தகவலை டிக் குறியிடவும்)	
5. (இ) இறந்தவரின் கணவர்/மனைவி தொடர்பு விவரங்கள்		1. இந்து 2. இஸ்லாம் 3. கிறிஸ்துவம் 4. பிற மதம் (பெயரினை எழுதவும்)	
6. இறந்தவரின் வயது (முடிவடைந்த ஆண்டுகளில்) (இறந்தவரின் வயது ஓராண்டிற்கு மேற்பட்டிருந்தால் முடிவடைந்த ஆண்டுகளில் வயதினை எழுதவும் இறந்தவரின் வயது ஒரு வயதுக்குக் குறைவாக இருந்தால், வயதை மாதங்களில் எழுதவும். ஒரு மாதத்திற்கும் குறைவாக இருந்தால், முடிவடைந்த நாட்களை எழுதவும் ஒரு நாளுக்குக் குறைவாக இருந்தால் மணிகளில் எழுதவும்)		13. இறந்தவரின் தொழில் (இல்லையெனில், 'இல்லை' என்று குறிப்பிடவும்)	
7. இறப்பின் போது முகவரி		14. இறப்பதற்கு முன் மருத்துவ கவனிப்பின் தன்மை (சரியான விவரத்தை (டிக்) குறியிடவும்)	
8. இறந்தவரின் நிலையான வீட்டு முகவரி		1. மருத்துவ நிலையம்	
9. இறந்த இடம் (குறியீட்டு எண் 1, 2 அல்லது 3 ஐ (டிக்) குறியிட்டு மருத்துவமனை / நிலையத்தின் பெயர் அல்லது வீட்டின் முகவரியினை எழுதவும். மற்ற இடம் என்றால் 3ல் இடத்தின் பெயரை குறிக்கவும்)		2. மருத்துவ நிலையம் அல்லாத மருத்துவ கவனிப்பு	
1. மருத்துவனை / நிலையம் பெயர்		3. மருத்துவ கவனிப்பு எதுமில்லை	
2. வீடு முகவரி			
3. மற்ற இடம் இடத்தின் பெயர்			
10. தகவல் தெரிவிப்பவரின் பெயர் முகவரி			
(1 முதல் 21 வரை உள்ள அனைத்து கலங்களையும் நிரப்பியபின், தகவல் தெரிவிப்பவர் கையொப்பமிட்டு தேதியை குறிப்பிடவும்) தேதி			
தகவல் தெரிவிப்பவரது கையொப்பம் (அல்லது) இடது கைபெருவிரல் ரேகையின் பதிவு			
பதிவாளரால் நிரப்ப வேண்டியவை		பதிவாளரால் நிரப்ப வேண்டியவை	
பதிவு செய்த தேதி		பதிவு செய்த தேதி	
பதிவு எண்		பதிவு எண்	
பதிவுப்பகுதி		பதிவுப்பகுதி	
நகரம் / கிராமம்		நகரம் / கிராமம்	
மாவட்டம்		மாவட்டம்	
குறிப்புகள் (எதுவும் இருந்தால்)		குறிப்புகள் (எதுவும் இருந்தால்)	
பதிவாளரின் பெயர் மற்றும் கையொப்பம்		பதிவாளரின் பெயர் மற்றும் கையொப்பம்	
முகவரி		முகவரி	