

FORM 6

ফর্ম ৬

(See Rule 9 of West Bengal Registration of Births and Deaths Rules, 2000)
(পশ্চিমবঙ্গ জন্ম-মৃত্যু রেজিস্ট্রেশন বিধি, ২০০০-এর ৯ নং বিধি দেখুন)

No. 0022542

Government of West Bengal
(পশ্চিমবঙ্গ সরকার)

Department of Health & Family Welfare
(স্বাস্থ্য ও পরিবার)

CERTIFICATE OF DEATH

(মৃত্যু প্রমাণপত্র)

(Issued under Sec. 12/Sec. 17 of the Registration of Births and Deaths Act, 1969)
(১৯৬৯ সনের জন্ম-মৃত্যু রেজিস্ট্রেশন আইনের ১২/১৭ ধারা অনুযায়ী প্রদত্ত হইল)



This is to certify that the following information has been taken from the original record of death which is in the register for **KOLKATA MUNICIPAL CORPORATION** ofTollygunge..... P.S. **KOLKATA** District of West Bengal.

এই মর্মে নিশ্চিতভাবে জ্ঞাত করা যাইতেছে যে নিম্নবর্ণিত বিবরণী মূল মৃত্যুনিথি হইতে লওয়া হইয়াছে। উক্ত নিথি পশ্চিমবঙ্গ রাজ্যের কলকাতা জেলার থানার অন্তর্ভুক্ত কলকাতা পৌরসংস্থের মৃত্যু রেজিস্টারে লিপিবদ্ধ আছে।

Name
(নাম)

LAKSHMI KANTA NASKAR

Registration No. :

HG011/2005/010211
(রেজিস্ট্রেশন নং) (OLD REGN.NO: 0687)Sex (M / F)
লিঙ্গ (পুরুষ/স্ত্রী)

MALE

Age :
(বয়স)

47Y 0M 0D

Date of Registration :
(রেজিস্ট্রেশন তারিখ)

16/01/2005

Date of Death
(মৃত্যুর তারিখ)

16/01/2005

Place of Death
(যে স্থানে মৃত্যু হইয়াছে)

E.S.I. HOSP., SEALDAH

Name of Father/Husband
(পিতা/স্বামীর নাম)

LATE SRINIBAS NASKAR

Permanent Address
of Deceased
(মৃতের স্থায়ী ঠিকানা)61-C/1, DR. G. S. BASU ROAD, TILJALA, KOL-39
W. B.Address of Deceased at the
time of Death
(মৃত্যুর সময়ে মৃতের ঠিকানা)

N.M

Name of the Mother
of the Deceased
(মৃতের মাতার নাম)

N.M

Signature of the Issuing Authority
with date & Seal

(তারিখসহ প্রদানকারী কর্তৃপক্ষের স্বাক্ষর ও সিলসেহর)

Note : In case of death, no disclosure shall be made of particulars regarding the cause of death as entered in the register. See provision of Section 17(1) of the Registration of Births and Deaths Act, 1969.
(মৃত্যুর রেজিস্ট্রারে লিখিত মৃত্যুর কারণটি প্রকাশ করা যাইবে না। ১৯৬৯ সনের জন্ম-মৃত্যু রেজিস্ট্রেশন আইনের ১৭(১) ধারা দেখুন।)

NAME OF WIDOW: N.M

Date of Issue

16/08/2019

Place of Issue
(প্রদানের স্থান)

HEAD OFFICE

Type :
(ধরন)PAID COPY
REGISTRAR / SUB REGISTRAR
M.G.E.C. (T) HEALTH DEPT
K M C