



คำร้องนิทกรณ์

(โปรดกรอกเอกสารด้วยตัวบรรจงให้ถูกต้องครบถ้วน)

1.	<p><input type="checkbox"/> นาย <input type="checkbox"/> นาง ชื่อ-นามสกุล (ภาษาไทย).....</p> <p><input type="checkbox"/> นางสาว (ภาษาอังกฤษ).....</p> <p>เลขประจำตัวประชาชน <input type="text"/> - <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/> - <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/> - <input type="text"/><input type="text"/> - <input type="text"/></p> <p>หนังสือเดินทาง เลขที่.....วันที่ออก.....วันหมดอายุ.....</p> <p>วันเดือนปีเกิด วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....อายุ.....ปี</p>
2.	<p>ที่อยู่ในสหรัฐอเมริกา บ้านเลขที่.....ถนน.....Apt#.....</p> <p>เมือง.....มลรัฐ.....รหัสไปรษณีย์.....</p> <p>หมายเลขโทรศัพท์ (บ้าน).....(มือถือ).....</p> <p>(อีเมล).....</p> <p>เวลานี้ประกอบอาชีพเป็น.....อยู่ที่.....</p> <p>เมือง.....มลรัฐ.....รหัสไปรษณีย์.....หมายเลขโทรศัพท์.....</p>
3.	<p>จุดประสงค์ในการยื่นคำร้องต่อสถานเอกอัครราชทูตฯ เพื่อ.....</p> <p>.....</p>
4.	<p>เอกสารที่ยื่นต่อสถานเอกอัครราชทูตฯ มีดังต่อไปนี้</p> <p>(1).....(4).....</p> <p>(2).....(5).....</p> <p>(3).....(6).....</p>
5.	<p>พร้อมคำร้องนิทกรณ์ฉบับนี้ ข้าพเจ้าได้แนบค่าธรรมเนียมในการนี้มาชำระต่อสถานเอกอัครราชทูตฯ ครบถ้วนตามระเบียบแล้ว</p> <p>เป็นจำนวนเงิน.....ดอลลาร์สหรัฐ</p> <p>ลงชื่อ.....</p> <p>(.....)</p> <p>วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....</p>
	<p>สำหรับเจ้าหน้าที่</p>

คำร้องขอจดทะเบียนคนตาย

ผู้ตาย	ชื่อ ชื่อรอง(ถ้ามี) นามสกุล เพศ <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง
	ชื่อสะกดเป็นภาษาอังกฤษ ชื่อสกุล
ผู้ตาย	เลขประจำตัวประชาชน อายุ ปี
	อยู่ตามทะเบียนบ้านในประเทศไทย บ้านเลขที่ หมู่ที่ ซอย
ผู้ตาย	ถนน แขวง/ตำบล เขต/อำเภอ/กิ่งอำเภอ
	จังหวัด
ผู้ตาย	ที่อยู่ในต่างประเทศ
	สัญชาติ <input type="checkbox"/> ไทย <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ
รายการ ตาย	อาชีพ สถานภาพการสมรส <input type="checkbox"/> โสด <input type="checkbox"/> สมรส <input type="checkbox"/> หย่า <input type="checkbox"/> หม้าย
	ตายเมื่อวันที่ เวลา น. ผู้รักษาก่อนตาย <input type="checkbox"/> แพทย์ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ
สถานที่ ตาย	หน่วยงานที่ออกหลักฐานการตายท้องถิ่น
	สาเหตุการตาย (ภาษาไทย) (ภาษาอังกฤษ)
สถานที่ ตาย	สถานที่ตาย (ภาษาไทย)
	(ภาษาอังกฤษ)
หลักฐาน การแจ้ง ตาย	พักอยู่สถานที่ตายนาน ปี เดือน วัน
	<input type="checkbox"/> หลักฐานการตายที่ท้องถิ่นออกให้
หลักฐาน การแจ้ง ตาย	<input type="checkbox"/> บัตรประจำตัวประชาชนผู้ตาย (ถ้ามี) เลขที่ หนังสือเดินทางเลขที่
	<input type="checkbox"/> หนังสือมอบอำนาจกรณีแจ้งแทน <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี
หลักฐาน การแจ้ง ตาย	<input type="checkbox"/> บัตรประจำตัวประชาชนผู้แจ้งการตาย (ถ้ามี) เลขที่ หนังสือเดินทางเลขที่
	<input type="checkbox"/> สำเนาทะเบียนบ้านผู้ตาย (ถ้ามี) เลขที่
บิดามารดา ของผู้ตาย	<input type="checkbox"/> หลักฐานอื่นๆ
	บิดา (ชื่อ-ชื่อสกุล) เลขประจำตัวประชาชน
บิดามารดา ของผู้ตาย	มารดา (ชื่อ-ชื่อสกุล) เลขประจำตัวประชาชน
	ชื่อ - ชื่อสกุล เลขประจำตัวประชาชน
ผู้แจ้ง การตาย	ความเกี่ยวข้องกับผู้ตาย <input type="checkbox"/> บิดา <input type="checkbox"/> มารดา <input type="checkbox"/> ญาติ <input type="checkbox"/> ผู้อื่น <input type="checkbox"/> เจ้าบ้าน <input type="checkbox"/> เจ้าพนักงาน
	ที่อยู่ โทรศัพท์
ศพ	จัดการโดย <input type="checkbox"/> เก็บ <input type="checkbox"/> ผัง <input type="checkbox"/> เผา <input type="checkbox"/> อื่นๆ
	ที่ตั้งและสถานที่จัดการศพ แจ้งเมื่อ
ลงชื่อ ผู้ยื่นคำร้อง ลงชื่อ จนท.ที่รับแจ้ง ลงชื่อ นายทะเบียน	
(.....) (.....) (.....)	
โทรศัพท์/ มือถือ ตำแหน่ง ตำแหน่ง	