

ワシントン州保健省
死亡証明書（訳）

証明書番号： _____ 証明書発行日： _____年____月____日

死亡者の氏名： _____、 _____ _____
(ラストネーム) (ファーストネーム) (ミドルネーム)

死亡年月日： _____年____月____日 死亡時刻： 午前・午後____時____分

性別： 男・女 年齢： _____歳 社会保障番号： 省略

死亡者の生年月日： _____年____月____日 出生地： _____州_____市

死亡当時： () 配偶者がいる () 未婚 () 死別 () 離別

死亡者の職業： _____ 以下省略

配偶者の氏名： _____、 _____ _____
(ラストネーム) (ファーストネーム) (ミドルネーム)

報告者の氏名： _____、 _____ _____
(ラストネーム) (ファーストネーム) (ミドルネーム)

死亡者との関係： _____

死亡場所： _____

施設名あるいは住所： _____州_____市_____

死亡者の住所： _____州_____市_____

死亡者の父の氏名： _____、 _____ _____
(ラストネーム) (ファーストネーム) (ミドルネーム)

死亡者の母の氏名： _____、 _____ _____
(ラストネーム) (ファーストネーム) (ミドルネーム)

〈途中省略〉

死亡原因： _____

〈以下省略〉

翻訳者： _____