

## 死亡証明書又は死体検案書抄訳文

1. 死亡者の氏名: [氏] \_\_\_\_\_ [名] \_\_\_\_\_  
(ファーストネーム) (ミドルネーム)
2. 性別: 男 女
3. 生年月日: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日
4. 死亡の日時: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日  
午前 / 午後 \_\_\_\_\_ 時 \_\_\_\_\_ 分
5. 死亡の場所: (病院名: \_\_\_\_\_ 病院)  
住所: アメリカ合衆国 \_\_\_\_\_ 特別区・州 \_\_\_\_\_ 郡  
\_\_\_\_\_ 市／町 \_\_\_\_\_ (通り名) \_\_\_\_\_ (番地)
6. 死亡の原因: [直接的原因] \_\_\_\_\_  
[間接的原因] \_\_\_\_\_
7. 住所: \_\_\_\_\_ アメリカ合衆国 \_\_\_\_\_ 特別区・州 \_\_\_\_\_ 郡  
\_\_\_\_\_ 市／町 \_\_\_\_\_ 番地 \_\_\_\_\_ (通り名) \_\_\_\_\_ (番地)
8. 配偶者の有無: 有 無
9. 死亡証明書等発給者  
 コロンビア特別区民生局登録官  
 メリーランド州健康衛生局登録官  
 バージニア州保健局登録官
10. 死亡証明書等発行年月日: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日  
翻訳者氏名: \_\_\_\_\_