ສາທາລະນະ​ລັດ ປະຊາທິປະ​ໄຕ ປະຊາຊົນ​ລາວ

ສັນຕິພາບ ​ເອກະລາດ ປະຊາທິປະ​ໄຕ ​ເອກະ​ພາບ ວັດທະນະ​ຖາວອນ

---------------

**ໃບຄໍາ​ຮ້ອງ​ຂໍອະນຸຍາດ​​ທະບຽນວິຊາ​ຊີບ​ເພສັດຊະ​ກໍາ**

**​ເພື່ອ​ດໍາ​ເນີນ​ທຸລະ​ກິດ​ດ້ານ​ຢາ ​ແລະ ຜະລິດ​ຕະພັນ​ການ​ແພດ**

**ຮຽນ: ທ່ານ​ຫົວໜ້າ​ກົມ​ອາຫາ​ນ ​ແລະ ຢາ, ກະຊວງ​ສາທາລະນະ​ສຸກ ທີ່​ນັບຖື**

 **ທີ່​ນະຄອນຫລວງ​ວຽງ​ຈັນ**

**(​ໂດຍ​ຜ່ານ​ການຈັດຕັ້ງທີ່​ກ່ຽວຂ້ອງ​ທຸກ​ຂັ້ນ)**

* ອີງ​ຕາມ ຂໍ້ຕົກລົງວ່າ​ດ້ວຍ ​ການສ້າງຕັ້ງບໍລິສັດດໍາເນີນທຸລະກິດດ້ານຢາ ແລະ ຜະລິດຕະພັນການແພດ ສະບັບປັບປຸງ ​ເລກທີ 1820/ສທ, ລົງ​ວັນ​ທີ 25 ສິງຫາ 2017.

ຂ້າພະເຈົ້າທ້າວ ຫລື ນາງ.............................................................................​ເກີດ​ເມື່ອ​ວັນ​ທີ.......................ຖືບັດປະ​ຈໍາ​ຕົວ​ເລກທີ.................................

ລົງ​ວັນ​ທີ...............................​ເກີດ​ທີ່​ບ້ານ….....................................​ເມືອງ..........................................​ແຂວງ…........................................................................

ທີ່ຢູ່ປະຈຸ​ບັນ​ ບ້ານ.............................................​ເມື​ອງ..............................................................​ແຂວງ….................................................................................

ລະດັບ​ວັດທະນະ​ທໍາ........................................ລະ​ດັບ​ວິຊາ​ສະ​ເພາະ....................................... ຮຽນ​ຈົບ​ມາ​ຈາກ...................................ສົກຮຽນ..................................

​ຮັບ​ໃຊ້​ວິຊາ​ສະ​ເພາະ​ໃຫ້​ລັດ/ເອກະ​ຊົນ.................ປີ; ເບີໂທລະສັບ..........................................ອີເມວ................................................................................................

[ ] ພະນັກງານສັງກັດພາກລັດ ບ່ອນສັງກັດ....................................ໄລຍະເວລາສັງກັດ..................................ໜ້າທີ່ຮັບຜິດຊອບ.........................................................

[ ] ພະນັກງານພາກເອກະຊົນ ບ່ອນສັງກັດ....................................ໄລຍະເວລາສັງກັດ..................................ໜ້າທີ່ຮັບຜິດຊອບ.........................................................

**ມີ​ຈຸດປະສົງ:**

**[ ] ດຳເນີນທຸລະກິດ ການສົ່ງອອກ-ນໍາເຂົ້າຢາ ແລະ ຜະລິດຕະພັນການແພດ**

**[ ] ດໍາເນີນທຸລະກິດ​ສາຂາ​ຈໍາໜ່າຍ ດ້ານຢາ ແລະ ຜະລິດຕະພັນການແພດ~~​~~ຂອງ​ບໍລິສັດ/​ໂຮງງານ**

**[ ] ດໍາເນີນທຸລະກິດຂາຍຍົກພາຍໃນດ້ານຢາ ແລະ ຜະລິດຕະພັນການແພດ ​**

ຊື່ບໍລິສັດ/​ສາຂາ/ຂາຍຍົກ ​ເປັນພາສາລາວ.......................................................................​............................................................................................................

​ຊື່​ບໍລິສັດ/​ສາຂາ/ຂາຍຍົກ ​ເປັນພາສາ​ອັງກິດ (ຖ້າ​ມີ).......................................................................................................................................................................

ເຮືອນ​ເລກທີ.........................ຕັ້ງ​ຢູ່​ຖະໜົນ..............​.........................ບ້ານ...........................................​ເມືອງ...................................ແຂວງ...................................

ໂທລະສັບ...............................​ແຟັກ….....................ອີ​ເມ​ວ…..................................​...​ສະຖານ​ທີ່​ຕັ້ງ​ຢູ່​ໃກ້ກັບ…...........................................................................

**ປະ​ເພດ​ຜະລິດ​ຕະພັນ​ທີ່​ຈະ​ເຄື່ອນ​ໄຫວ: 🞎 ຢາ​ຫຼວງ; 🞎 ຢາພື້ນ​ເມືອງ; 🞎 ຜະລິດ​ຕະພັນ​ເສີມ​ສຸຂະພາບ; 🞎 ວັກ​​​ຊິນ ; 🞎 ອຸປະກອນ​ການ​ແພດ** ; **🞎 ​​ເຄື່ອງ​ສໍາອາງ**

ມູນຄ່າໃນການຈົດທະບຽນວິສະຫະກິດ..........................................................................ເປັນການລົງທຶນ: ພາຍໃນ [ ].............. ເປີເຊັນ; ຕ່າງປະເທດ [ ] ...........ເປີເຊັນ

ຊື່ ແລະ ນາມສະກຸນຜູ້ຖືທະບຽນວິ​ສະຫະ​ກິດ .......................................................​ເບີ​ໂທລະສັບ.............................​ແຟັກ..............................ອີ​ເມ​ວ.............................

 ຂ້າພະ​ເຈົ້າ​ຂໍ​ຮັບຮອງ​ວ່າ ຈະ​ປະຕິບັດ​ຕາມ​ກົດໝາຍ, ຂໍ້​ຕົກລົງ ​ແລະ ລະບຽບການ​ຕ່າງໆ ທີ່​ກ່ຽວຂ້ອງ ທີ່​ທາງ​ການ​ໄດ້ວາງ​ອອກຢ່າງ​ເຂັ້ມ​ງວດ.

ດັ່ງ​ນັ້ນ, ຈຶ່ງ​ຂໍ​ຮຽນ​ສະ​ເໜີ​ມາ​ຍັງ​ທ່ານ ​ເພື່ອ​ພິຈາລະນາ​ຕາມ​ຄວາມ​ເໝາະ​ສົມ​ດ້ວຍ.

 ທີ່..........................,ວັນ​ທີ........./......./................

 **ລາຍ​ເຊັນ, ຊື່​ແຈ້ງ​ຂອງ​ຜູ້​ຂໍ​ຮ້ອງ**

**ໝາຍ​ເຫດ**:

* ຄໍາ​ຮ້ອງ​ຂໍ​ຂື້ນທະບຽນ​ວິຊາ​ຊີບ​ເພສັດຊະກໍານີ້ຕ້ອງ​ໄດ້ຜ່ານການ​ມີ​ຄໍາ​ເຫັນ​ຈາກ​ຫ້ອງການ​ສາທາລະນະ​ສຸກ​ເມືອງ ​ແລະ ​ພະ​ແນ​ກ ສາທາລະນະ​ສຸກ​ແຂວງ/ນະຄອນຫລວງ​

 ແລ້ວຍື່ນ​ສະ​ເຫ​ນີມາ​ຍັງ ​ກົມ​ອາຫານ ​ແລະ ຢາ ກະຊວງ​ສາທາລະນະ​ສຸກ ​ເພື່ອ​ຄົ້ນ​ຄ້ວາພິຈາລະນາ ~~​~~ອອກອະນຸຍາດໃນຂັ້ນຕອນຕໍ່ໄປ.

**~~​~~ຫົວໜ້າພະ​ແນ​ກສາທາລະນະ​ສຸກ​ແຂວງ/ນະຄອນຫຼວງ ຫົວໜ້າ​ຂະ​ແໜງ​ອາຫານ ​ແລະ ຢາແຂວງ/ນະຄອນຫຼວງ ຫົວໜ້າຫ້ອງການ​ສາທາລະນະ​ສຸກ​ເມືອງ**

**ເອກະສານ​ຄັດ​ຕິດ**

1. ໃບຄໍາຮ້ອງຂໍໃບອະນຸຍາດວິຊາຊີບເພສັດຊະກໍາ 01 ສະບັບ [ ]
2. ໃບ​ຊີວະ​ປະຫວັດ​ຫຍໍ້ ຕິດ​ຮູບ(ຖ່າ​ຍບໍ່​​ເກີນ 1 ປີ) 01 ສະບັບ ​[ ]
3. ໃບ​ຢັ້ງຢືນ​ສຸຂະພາບ (ບໍ່​ເກີນ 3 ​ເດືອນ) 01 ສະບັບ [ ]
4. ໃບ​ຢ້ັງຢືນ​ທີ່​ຢູ່ປະຈຸບັນ (ຮູບຖ່າ​ຍ​ໄລຍະບໍ່​​ເກີນ 3 ເດືອນ) 01 ສະບັບ [ ]
5. ຮູບ​ຖ່າຍ​ຂະຫນາດ 3X4 (ຮູບຖ່າຍ​ໄລຍະບໍ່​ເກີນ 1 ປີ) 03 ​ໃບ [ ]
6. ໃບ​ປະກາດ​ຊະ​ນີຍະ​ບັດ (ສໍາ​ເນົາ) 01 ສະບັບ [ ]
7. ໃບ​​ແຈ້ງ​ໂທດ​ເລກທີ 3 01 ສະບັບ [ ]
8. ໃບຢັ້ງຢືນຮັບໃຊ້ວິຊາສະເພາະທາງດ້ານເພສັດຊະກໍາ 01 ສະບັບ [ ]

(ພາກເອກະຊົນຕ້ອງຢັ້ງຢືນບ່ອນເຮັດວຽກກ່ຽວຂ້ອງ ແລະ ຜ່ານການຢັ້ງຢືນຮັບຮູ້ຈາກພາກລັດ (ຂັ້ນ​ແຂວງ/ນະຄອນ​ທີ່​ຂື້ນ​ກັບ))

1. ໃບຢັ້ງຢືນການອອກລັດຖະການຫຼືໃບແຕ່ງຕັ້ງຂອງກົມກອງກໍລະນີເປັນລັດວິສະຫະກິດ 01 ສະບັບ [ ]

(ພາກເອກະຊົນຕ້ອງຢັ້ງຢືນຈາກພາກສ່ວນກ່ຽວຂ້ອງ ແລະ ຜ່ານການຢັ້ງຢືນຮັບຮູ້ຈາກພາກລັດ (ຂັ້ນ​ແຂວງ/ນະຄອນ​ທີ່​ຂື້ນ​ກັບ))

1. ແຜນ​ວາດສະຖານ​ທີ່​ຕັ້ງ​ບໍລິສັດ, ສາຂາຈໍາໜ່າຍ ​ແລະ ຂາຍຍົກ 01 ສະບັບ [ ]
2. ແຜນວາດ ອາຄານ, ຫ້ອງການ, ສາງ ຂອ.ງ​ບໍລິສັດ, ສາຂາຈໍາໜ່າຍ ​ແລະ ຂາຍຍົກ 01 ສະບັບ [ ]
3. ໃບຢັ້ງຢືນ​ຮັບຮອງຈາກບໍລິສັດທີ່ຕົນເປັນຕົວແທ່ນຈໍາໜ່າຍ (ສໍາລັບສາຂາຈໍາໜ່າຍ​ຂອງ ບໍລິສັດ/ໂຮງງານ) 01 ສະບັບ [ ]
4. ໃບ​ຢັ້ງຢືນ​ກໍາມະສິດ​ເຮືອນ/ສັນຍາ​ເຊົ່າ 01 ສະບັບ [ ]
5. ໃບທະບຽນວິສາຫະກິດ (ສໍາເນົາ) 01 ສະບັບ [ ]
6. ບົດ​ບັນທຶກ​ການກວດກາ​ສະຖານ​ທີ່ຂອງເຈົ້າທີ່ອາຫານ ແລະ ຢາ 01 ສະບັບ [ ]
7. ບົດ​ວິພາກ​ການເຄື່ອນໄຫວທຸລະກິດດ້ານຢາ ແລະ ຜະລິດຕະພັນການແພດ 01 ສະບັບ [ ]

 (ລະບຸຂໍ້ມູນຊື່ຂອງ​ຜະລິດ​ຕະພັນ​ໃຫ້ລະອຽດ ພ້ອມແຫຼ່ງທີ່ມາ)

**ວັນທີກວດກາ​ເອກະສານ......................**

**ຊື່ ແລະ ລາຍເຊັນຜູ້ກວດຮັບເອກະສານ.........................**