



ສາທາລະນະລັດ ປະຊາທິປະໄຕ ປະຊາຊົນລາວ  
ສັນຕິພາບ ເອກະລາດ ປະຊາທິປະໄຕ ເອກະພາບ ວັດທະນະຖາວອນ

ໃບຕໍ່ຮ້ອງຂໍຂຶ້ນທະບຽນເປັນຜູ້ຊ່ວຍຂາຍຢອຍຢາ

ຮຽນ: ທ່ານທິວໜ້າກົມອາຫານ ແລະ ຢ່າ, ກະຊວງສາທາລະນະສຸກ ຫີ່ນັບຖື

ຫີ່ນະຄອນຫຼວງວຽງຈັນ

ຂໍ້ຜະເຈົ້າທ້າວ ຫລື ນາງ.....ແກີດເມືອນວັນທີ.....ຖືບັດປະຈຳຕົວເລກທີ.....  
ລົງວັນທີ.....ເຮົາທີ່ບ້ານ.....ເມືອງ.....ແຂວງ.....  
ທີ່ຢູ່ປະຈຸບັນຢູ່ບ້ານ.....ເມືອງ.....ແຂວງ.....  
ລະດັບວັດທະນະທຳ.....ລະດັບວິຊາສະແພາ.....ຮຽນຈົບມາຈາກ.....ສຶກຮຽນ.....ຮັບ  
ໃຊ້ວິຊາສະແພາໃຫ້ລັດ/ເອກະຊົນ.....ປີ, ຜ່ານມາສັງກັດຢູ່.....ອາຊີບປະຈຸບັນ.....  
ມີຈຸດປະສົງຜູ້ຂໍອະນຸຍາດຂຶ້ນທະບຽນຊ່ວຍຂາຍຢາ ຮັນ ຂັ້ນ 1 [ ] ຂັ້ນ 2 [ ]  
ຊື່ ຮັນ.....  
ຊື່ຝາສາອັງກິດ (ຖ້າມີ).....  
ຕັ້ງຢູ່ເຮືອນເລກທີ.....ຖະໜົນ.....ບ້ານ.....ເມືອງ.....ແຂວງ.....  
ໂທລະສັບ.....ແຟັກ.....ອີເມວ.....ຊື່ມີທ້າວ ຫລືນາ.....  
ທີ່ທະບຽນວິຊາຊີບແສັດຊະກຳ ເລກທີ .....ລົງວັນທີ .....ເປັນວິຊາການ.

ຂໍ້ຜະເຈົ້າຂໍຮັບຮອງວ່າ ຈະປະຕິບັດຕາມກົດໝາຍ, ຂໍ້ກຳນົດ ແລະ ກົດລະບຽບຕ່າງໆ ທີ່ກ່ຽວຂ້ອງ ທີ່ທາງການວາງອອກ ຢ່າງເຂັ້ມງວດ.  
ດັ່ງນັ້ນ, ຈຶ່ງຂໍຮຽນສະເໜີມາຍັງທ່ານ ເພື່ອຝຶຈາລະນາຕາມຄວາມເໝາະສີມດ້ວຍ.

ທີ່....., ວັນທີ...../...../.....

ລາຍເຊັນ, ຊື່ແຈ້ງຂອງຜູ້ຂໍຮັບຮອງ

ເອກະສານປະກອບ ແລະ ຕັດຕິດ

ການກວດກາເອກະສານ

- ໃບຊື່ວະບະຫວັດຫຍໍ້ ຕິດຮູບ 3x4 (ຖາຍບໍ່ເກີນ1ປີ) 01 ສະບັບ [ ]
- ໃບປະກາດສະນິຍະບັດ(ສໍາເນົາ)
- ບັດບໍ່ນານາມ/ອອກການ/ໃບຢັ້ງຢືນສັງກັດລັດ
- ໃບຢັ້ງຢືນຮັບໃຊ້ວິຊາສະແພາ
- ໃບຢັ້ງຢືນສຸຂະນາບ(ບໍ່ເກີນ 3 ເດືອນ)
- ໃບຢັ້ງຢືນທີ່ຢູ່
- ຮູບຖ່າຍຂະໜາດ 3x4 (ບໍ່ເກີນ 1 ປີ) 03 ໃບ [ ]
- ໃບແຈ້ງໂທດ ເລກທີ 3 01 ສະບັບ [ ]
- ໃບຮັບຮອງຈາກວິຊາການຜູ້ຖືທະບຽນວິຊາຊີບ01 ສະບັບ [ ]

ລາຍເຊັນເຈົ້າໜ້າທີ່ກວດກາເອກະສານວັນທີ.....

ໝາຍເຫດ:

- ຄໍາຮ້ອງຂໍຂຶ້ນທະບຽນໃໝ່ຫລືຕໍ່ທະບຽນວິຊາຊີບຜູ້ຊ່ວຍຂາຍຢານັ້ນ ຕ້ອງໄດ້ມີຄໍາເຫັນຈາກຫ້ອງການສາທາລະນະສຸກເມືອງ ແລະ ພະແນກສາທາລະນະສຸກແຂວງ ຫລື ນະຄອນຫຼວງວຽງຈັນ ຈຶ່ງຢືນສະເໜີມາຍັງກົມອາຫານ ແລະ ຢ່າ ກະຊວງສາທາລະນະສຸກ ເພື່ອຄືນຄ້ວາ ແລະ ອະນຸມັດ.
- ການເ້ອາຍຸທະບຽນຜູ້ຊ່ວຍຂຶ້ນທີ່ມີດີປອນຈຳຕໍ່ແລ້ວນັ້ນ, ກະລຸນາເຄີດຕິດຮູບຂະໜາດ 3x4 ຈຳນວນ 03 ໃບມາຜົມ.

ຄໍາເຫັນທິວໜ້າພະແນກສາທາລະນະສຸກແຂວງ/ນະຄອນຫຼວງ

ຄໍາເຫັນທິວໜ້າຂະແໜງອາຫານ ແລະ ຢ່າແຂວງ/ນະຄອນຫຼວງ

ຄໍາເຫັນທິວໜ້າຫ້ອງການສາທາລະນະສຸກເມືອງ