



ສາທາລະນະລັດ ປະຊາທິປະໄຕ ປະຊາຊົນລາວ  
ສັນຕິພາບ ເອກະລາດ ປະຊາທິປະໄຕ ເອກະພາບ ວັດທະນະຖາວອນ

**ໃບຄໍາຮ້ອງຂໍອະນຸຍາດທະບຽນວິຊາຊີບເພສັດຊະກຳ  
ເພື່ອດຳເນີນທຸລະກິດດ້ານຢາ ແລະ ຜະລິດຕະພັນການແພດ**

ຮຽນ: ທ່ານຫົວໜ້າກົມອາຫານ ແລະ ຢາ, ກະຊວງສາທາລະນະສຸກ ທີ່ນັບຖື  
ທີ່ນະຄອນຫລວງວຽງຈັນ

(ໂດຍຜ່ານການຈັດຕັ້ງທີ່ກ່ຽວຂ້ອງທຸກຂັ້ນ)

- ອີງຕາມ ຂໍ້ຕົກລົງວ່າດ້ວຍ ການສ້າງຕັ້ງບໍລິສັດດຳເນີນທຸລະກິດດ້ານຢາ ແລະ ຜະລິດຕະພັນການແພດ ສະບັບປັບປຸງ ເລກທີ 1820/ສທ, ລົງວັນທີ 25 ສິງຫາ 2017.

ຂ້າພະເຈົ້າທ້າວ ຫລື ນາງ.....ເກີດເມື່ອວັນທີ.....ຖືບັດປະຈຳຕົວເລກທີ.....  
ລົງວັນທີ.....ເກີດທີ່ບ້ານ.....ເມືອງ.....ແຂວງ.....  
ທີ່ຢູ່ປະຈຸບັນ ບ້ານ.....ເມືອງ.....ແຂວງ.....  
ລະດັບວັດທະນະທຳ.....ລະດັບວິຊາສະເພາະ..... ຮຽນຈົບມາຈາກ.....ສຶກສາຮຽນ.....  
ຮັບໃຊ້ວິຊາສະເພາະໃຫ້ລັດ/ເອກະຊົນ.....ປີ; ເບີໂທລະສັບ.....ອີເມວ.....  
[ ] ພະນັກງານສັງກັດພາກລັດ ບ່ອນສັງກັດ.....ໄລຍະເວລາສັງກັດ.....ໜ້າທີ່ຮັບຜິດຊອບ.....  
[ ] ພະນັກງານພາກເອກະຊົນ ບ່ອນສັງກັດ.....ໄລຍະເວລາສັງກັດ.....ໜ້າທີ່ຮັບຜິດຊອບ.....

**ມີຈຸດປະສົງ:**

- [ ] ດຳເນີນທຸລະກິດ ການສົ່ງອອກ-ນຳເຂົ້າຢາ ແລະ ຜະລິດຕະພັນການແພດ
- [ ] ດຳເນີນທຸລະກິດສາຂາຈຳໜ່າຍ ດ້ານຢາ ແລະ ຜະລິດຕະພັນການແພດຂອງບໍລິສັດ/ໂຮງງານ
- [ ] ດຳເນີນທຸລະກິດຂາຍຍົກພາຍໃນດ້ານຢາ ແລະ ຜະລິດຕະພັນການແພດ

ຊື່ບໍລິສັດ/ສາຂາ/ຂາຍຍົກ ເປັນພາສາລາວ.....  
ຊື່ບໍລິສັດ/ສາຂາ/ຂາຍຍົກ ເປັນພາສາອັງກິດ (ຖ້າມີ).....  
ເຮືອນເລກທີ.....ຕັ້ງຢູ່ຖະໜົນ.....ບ້ານ.....ເມືອງ.....ແຂວງ.....  
ໂທລະສັບ.....ແຟັກ.....ອີເມວ.....ສະຖານທີ່ຕັ້ງຢູ່ໃກ້ກັບ.....

ປະເພດຜະລິດຕະພັນທີ່ຈະເຄື່ອນໄຫວ:  ຢາຫຼວງ;  ຢາພື້ນເມືອງ;  ຜະລິດຕະພັນເສີມສຸຂະພາບ;  ວັກຊີນ;  ອຸປະກອນການແພດ ;  ເຄື່ອງສຳອາງ  
ມູນຄ່າໃນການຈິດທະບຽນວິສະຫະກິດ.....ເປັນການລົງທຶນ: ພາຍໃນ [ ].....ເປີເຊັນ; ຕ່າງປະເທດ [ ].....ເປີເຊັນ  
ຊື່ ແລະ ນາມສະກຸນຜູ້ຖືທະບຽນວິສະຫະກິດ .....ເບີໂທລະສັບ.....ແຟັກ.....ອີເມວ.....  
ຂ້າພະເຈົ້າຂໍຮັບຮອງວ່າ ຈະປະຕິບັດຕາມກົດໝາຍ, ຂໍ້ຕົກລົງ ແລະ ລະບຽບການຕ່າງໆ ທີ່ກ່ຽວຂ້ອງ ທີ່ທາງການໄດ້ວາງອອກຢ່າງເຂັ້ມງວດ.  
ດັ່ງນັ້ນ, ຈຶ່ງຂໍຮຽນສະເໜີມາຍັງທ່ານ ເພື່ອພິຈາລະນາຕາມຄວາມເໝາະສົມດ້ວຍ.

ທີ່.....ວັນທີ...../...../.....  
**ລາຍເຊັນ, ຊື່ແຈ້ງຂອງຜູ້ຂໍຮ້ອງ**

**ໝາຍເຫດ:**

- ຄຳຮ້ອງຂໍຂຶ້ນທະບຽນວິຊາຊີບເພສັດຊະກຳນີ້ຕ້ອງໄດ້ຜ່ານການມີຄຳເຫັນຈາກຫ້ອງການສາທາລະນະສຸກເມືອງ ແລະ ພະແນກ ສາທາລະນະສຸກແຂວງ/ນະຄອນຫລວງ  
ແລ້ວຍື່ນສະເໜີມາຍັງ ກົມອາຫານ ແລະ ຢາ ກະຊວງສາທາລະນະສຸກ ເພື່ອຄົ້ນຄວ້າພິຈາລະນາ ອອກອະນຸຍາດໃນຂັ້ນຕອນຕໍ່ໄປ.

ຫົວໜ້າພະແນກສາທາລະນະສຸກແຂວງ/ນະຄອນຫລວງ ຫົວໜ້າຂະແໜງອາຫານ ແລະ ຢາແຂວງ/ນະຄອນຫລວງ ຫົວໜ້າຫ້ອງການສາທາລະນະ  
ສຸກເມືອງ

**ເອກະສານຄັດຕິດ**

- |  |              |
|--|--------------|
| 1. ໃບຄຳຮ້ອງຂໍໃບອະນຸຍາດວິຊາຊີບເພສັດຊະກຳ   | 01 ສະບັບ [ ] |
| 2. ໃບຊົ່ວປະຫວັດຫຍໍ້ ຕິດຮູບ(ຖ່າຍບໍ່ເກີນ 1 ປີ)   | 01 ສະບັບ [ ] |
| 3. ໃບຢັ້ງຢືນສຸຂະພາບ (ບໍ່ເກີນ 3 ເດືອນ)  | 01 ສະບັບ [ ] |
| 4. ໃບຢັ້ງຢືນທີ່ຢູ່ປະຈຸບັນ (ຮູບຖ່າຍໄລຍະບໍ່ເກີນ 3 ເດືອນ)   | 01 ສະບັບ [ ] |
| 5. ຮູບຖ່າຍຂະໜາດ 3x4 (ຮູບຖ່າຍໄລຍະບໍ່ເກີນ 1 ປີ)  | 03 ໃບ [ ]    |
| 6. ໃບປະກາດຊະນີຍະບັດ (ສຳເນົາ)   | 01 ສະບັບ [ ] |
| 7. ໃບແຈ້ງໂທດເລກທີ 3  | 01 ສະບັບ [ ] |
| 8. ໃບຢັ້ງຢືນຮັບໃຊ້ວິຊາສະເພາະທາງດ້ານເພສັດຊະກຳ<br>(ພາກເອກະຊົນຕ້ອງຢັ້ງຢືນບ່ອນເຮັດວຽກກ່ຽວຂ້ອງ ແລະ ຜ່ານການຢັ້ງຢືນຮັບຮູ້ຈາກພາກລັດ (ຂັ້ນແຂວງ/ນະຄອນທີ່ຂຶ້ນກັບ))                          | 01 ສະບັບ [ ] |
| 9. ໃບຢັ້ງຢືນການອອກລັດຖະການຫຼືໃບແຕ່ງຕັ້ງຂອງກົມກອງກໍລະນີເປັນລັດວິສະຫະກິດ<br>(ພາກເອກະຊົນຕ້ອງຢັ້ງຢືນຈາກພາກສ່ວນກ່ຽວຂ້ອງ ແລະ ຜ່ານການຢັ້ງຢືນຮັບຮູ້ຈາກພາກລັດ (ຂັ້ນແຂວງ/ນະຄອນທີ່ຂຶ້ນກັບ)) | 01 ສະບັບ [ ] |
| 10. ແຜນວາດສະຖານທີ່ຕັ້ງບໍລິສັດ, ສາຂາຈຳໜ່າຍ ແລະ ຂາຍຍົກ   | 01 ສະບັບ [ ] |
| 11. ແຜນວາດ ອາຄານ, ຫ້ອງການ, ສາງ ຂອ.ງບໍລິສັດ, ສາຂາຈຳໜ່າຍ ແລະ ຂາຍຍົກ  | 01 ສະບັບ [ ] |
| 12. ໃບຢັ້ງຢືນຮັບຮອງຈາກບໍລິສັດທີ່ຕົນເປັນຕົວແທນຈຳໜ່າຍ (ສຳລັບສາຂາຈຳໜ່າຍຂອງ ບໍລິສັດ/ໂຮງງານ)  | 01 ສະບັບ [ ] |
| 13. ໃບຢັ້ງຢືນກຳມະສິດເຮືອນ/ສັນຍາເຊົ່າ   | 01 ສະບັບ [ ] |
| 14. ໃບທະບຽນວິສາຫະກິດ (ສຳເນົາ)  | 01 ສະບັບ [ ] |
| 15. ບົດບັນທຶກການກວດກາສະຖານທີ່ຂອງເຈົ້າທີ່ອາຫານ ແລະ ຢາ   | 01 ສະບັບ [ ] |
| 16. ບົດວິພາກການເຄື່ອນໄຫວທຸລະກິດດ້ານຢາ ແລະ ຜະລິດຕະພັນການແພດ<br>(ລະບຸຂໍ້ມູນຊື່ຂອງຜະລິດຕະພັນໃຫ້ລະອຽດ ພ້ອມແຫຼ່ງທີ່ມາ)  | 01 ສະບັບ [ ] |

ວັນທີກວດກາເອກະສານ.....

ຊື່ ແລະ ລາຍເຊັນຜູ້ກວດຮັບເອກະສານ.....