

ສາທາລະນະ​ລັດ ປະຊາທິປະ​ໄຕ ປະຊາຊົນ​ລາວ

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

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

**ໃບຄໍາ​ຮ້ອງ​ຂໍຕໍ່​ໃບ​ອະນຸຍາດທະບຽນວິຊາ​ຊີບ​ເພສັດຊະ​ກໍາ**

**​​​ເພື່ອດໍາ​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 ​ການສ້າງຕັ້ງ ບໍລິສັດດໍາເນີນທຸລະກິດດ້ານຢາ 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..................... ​​ເບີ​ໂທລະສັບ................................ ອິ​ເມ​ວ....................................ຮັບ​ໃຊ້​ວິຊາ​ສະ​ເພາະ​ໃຫ້​ລັດ/ເອກະ​ຊົນ…............ປີ; ​​ເຊິ່ງເປັນ​ຜູ້​ຖື​ທະບຽນວີ​ຊາ​ຊີ​ບ​ເລກທີ ............................ວັນ​ເດືອນ​ປີໝົດອາຍຸ.......................

**ມີ​ຈຸດປະສົງ : ຕໍ່​​ໃບ​ອະນຸຍາດທະບຽນວິຊາ​ຊີບ​ເພສັດຊະກຳ**

**[ ] ດໍາ​ເນີນ​ທຸລະ​ກິດ ການ​ສົ່ງ​ອອກ-ນໍາ​ເຂົ້າຢາ ​ແລະ ຜະລິ​ດຕະພັນ​ການ​ແພດ ​**

**[ ] ດໍາ​ເນີນ​ທຸລະ​ກິດ ສາຂາ​ຈໍາໜ່າຍ ດ້ານ​ຢາ ​ແລະ ຜະລິດ​ຕະພັນ​ການ​ແພດ ​ຂອງບໍລິສັດ/​ໂຮງງານ**

**[ ] ດໍາ​ເນີນ​ທຸລະ​ກິດ ຂາຍຍົກພາຍໃນ ດ້ານ​ຢາ ​ແລະ ຜະລິດ​ຕະພັນ​ການ​ແພດ**

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

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

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

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

ໂທລະສັບ...............................​ແຟັກ….....................ອີ​ເມ​ວ…..................................ການແປ່ງປ່ຽນອື່ນໆທາງດ້ານການລົງທຶນ(ລະບຸລະອຽດ)..........................................

...................................................................................................................................................................................................................................

ຂ້າພະ​ເຈົ້າ​ຂໍ​ຮັບຮອງ​ວ່າ ຈະ​ປະຕິບັດ​ຕາມ​ກົດໝາຍ, ຂໍ້​ຕົກລົງ ​ແລະ ກົດ​ລະບຽບ​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

**ເອກະສານຄັດ​ຕິດ**

1. ໃບຄໍາຮ້ອງຂໍຕໍ່ໃບອະນຸຍາດທະບຽນວິຊາຊີບເພສັດຊະກຳ 01 ສະບັບ ​[ ]
2. ໃບອະນຸຍາດທະບຽນວິຊາຊີບເພສັດຊະກຳເກົ່າທີ່ໃກ້ຈະໝົດອາຍຸ/ໝົດອາຍຸແລ້ວ (ສະບັບແທ້) 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. ໃບ​​ແຈ້ງ​ໂທດ​ເລກທີ 3 01 ສະບັບ [ ]
6. ແຜນວາດທີ່ຕັ້ງທີ່ໄດ້ອະນຸຍາດແລ້ວ 01 ສະບັບ [ ]
7. ບົດສະຫຼຸບການເຄື່ອນໄຫວຂອງບໍລິສັດ, ສາຂາຈໍາໜ່າຍ,ຂາຍຍົກ 02 ປີຜ່ານມາ 01 ສະບັບ [ ]

(ສໍາລັບບໍລິສັດຂາເຂົ້າ-ຂາອອກ ​ແມ່ນ​ໃຫ້ສໍາເນົາຫຼັກຖານການນໍາເຂົ້າ 06 ສະບັບ)

1. ແຜນການ​ເຄື່ອນໄຫວ​ໃນ​ຕໍ່ໜ້າຂອງບໍລິສັດ, ສາຂາຈໍາໜ່າຍ ​ແລະ ຂາຍຍົກ 01 ສະບັບ [ ]
2. ໃບ​ບົດທຶກການກວດກາ​ສະຖານ​ທີ່ເພື່ອຕໍ່ທະບຽນຂອງເຈົ້າທີອາຫານ ແລະ ຢາ 01 ສະບັບ [ ]

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

**ຊື່ ແລະ ລາຍເຊັນ​ຜູ້​ກວດ​ຮັບ​ເອກະສານ.......................**

**ໝາຍ​ເຫດ**:

* ຄໍາ​ຮ້ອງ​ຂໍ​ຕໍ່ໃບອະນຸ​ຍາດທະບຽນ​ວິຊາ​ຊີບ​ເພສັດຊະກໍານີ້ຕ້ອງ​ໄດ້​ມີ​ຄໍາ​ເຫັນ​ຈາກ​ຫ້ອງການ​ສາທາລະນະ​ສຸກ​ເມືອງ ​ແລະ ​ພະ​ແນ​ກສາທາລະນະ​ສຸກ​ແຂວງ/ນະຄອນຫລວງ​ ​ແລ້ວຍື່ນ​ສະ​ເຫ​ນີມາ​ຍັງ ກົມ​ອາຫານ ​ແລະ ຢາ ກະຊວງ​ສາທາລະນະ​ສຸກ ​ເພື່ອ​ຄົ້ນ​ຄ້ວາພິຈາລະນາ ​ ການ​ຕໍ່​ທະບຽນໃນ​ຂັ້ນຕອນ​ຕໍ່​ໄປ.
* ການ​ຕໍ່​ອາຍຸ​​ໃບອະນຸຍາດທະບຽນວິຊາ​ຊີບ​ເພສັດຊະກຳ​ທີ່​ໝົດ​ບ່ອນ​ຈໍ້າ​ຕໍ່​ແລ້ວ​ນັ້ນ, ກະລຸນາ​ຄັດ​ຕິດ​ຮູ​ບຂະ​ໜາດ 3X4 ຈໍານວນ 03 ​ໃບ​ມາ​ພ້ອມ.

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