ສາທາລະນະ​ລັດ ປະຊາທິປະ​ໄຕ ປະຊາຊົນ​ລາວ



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

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

**ໃບຄໍາ​ຮ້ອງ​ຂໍຍົກຍ້າຍສະຖານ​ທີ​ຕັ້ງ​ບໍລິ​ສັດ**

**​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 ຂໍ້ຕົກລົງ ວ່າ​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…..............................................​ເບີ​ໂທ.......................................

​ເຊິ່ງເປັນຜູ້ຖືໃບອະນຸຍາດທະບຽນວິຊາຊີບເພສັດຊະກຳ **🞎** ບໍລິສັດ ສົ່ງ​ອອກ- ນໍາ​ເຂົ້າ; **🞎** ສາຂາຈໍາໜ່າຍຂອງ​ບໍລິສັດ ; **🞎** ສາຂາຈໍາໜ່າຍ​ໂຮງງນຜະລິດ​ຢາ; **🞎** ຂາຍຍົກພາຍ​ໃນ ຊື່:....................................................................................................ທະບຽນເລກທີ..................................... ວັນເດືອນປີທະບຽນ............................................

**ມີ​ຈຸດປະສົງ:** ຂໍຍົກຍ້າຍ**ສະຖານ​ທີ່​ຕັ້ງ**

ສະຖານທີ່ຕັ້ງເກົ່າ​ ​ເຮືອນ​ເລກທີ.................ຖະໜົນ....​......................ບ້ານ......................................ເມືອງ.................................. ແຂວງ.............................................

ເບີໂທ........................................... ແຟັກ:................................ອີ​ເມ​ວ:................................................................................................................................

ສະຖານທີ່ຕັ້ງໃໝ່​ ​ເຮືອນ​ເລກທີ......................ຖະໜົນ......​.........................ບ້ານ......................................​ເມືອງ...................................ແຂວງ...................................

ເບີໂທສໍານັກງານ........................ແຟັກ:.............................ອີ​ເມ​ວ:......................​ເບີ​ໂທ​ບຸກ​ຄົນ​ທີ່​ພົວ​ພັນ.............................ຊື່ ​ແລະ ນາມສະກຸນ..................................... ໜ້າທີ່​ຮັບຜິດຊອບ........................................................ສະຖານທີ່ດັ່ງກ່າວໃກ້ກັບ........................................................................................................................

**ເຫດຜົນໃນການຍົກຍ້າຍ**

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

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​ເຊັນຜູ້​ອໍານວຍ​ການ​ ລາຍ​ເຊັນ, ຊື່​ແຈ້ງ​ຂອງ​ຜູ້​ຂໍ​ຮ້ອງ**

**ຄໍາ​ເຫັນ​ຫົວໜ້າຫ້ອງການ​ສາທາລະນະສຸກ​ເມືອງ(ທີ່​ຕັ້ງ​ເກົ່າ) ຄໍາ​ເຫັນ​ຫົວໜ້າຫ້ອງການ​ສາທາລະນະສຸກ​ເມືອງ(ທີ່​ຕັ້ງໃໝ່)**

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

**ໝາຍ​ເຫດ**:

* ຄໍາ​ຮ້ອງ​ຂໍອະນຸຍາດຍົກຍ້າຍໃບອະນຸຍາດທະບຽນ​ວິຊາ​ຊີບ​ເພສັດຊະກໍານີ້ຕ້ອງ​ໄດ້​ຜ່ານການມີ​ຄໍາ​ເຫັນ​ຈາກ​ຫ້ອງການ​ສາທາລະນະ​ສຸກ​ເມືອງ ​ແລະ ​ພະ​ແນ​ກ ສາທາລະນະ​ສຸກ​ແຂວງ/ນະຄອນຫລວງ​ ຈຶ່ງຍື່ນ​ສະ​ເຫ​ນີມາ​ຍັງ ກົມ​ອາຫານ ​ແລະ ຢາ ກະຊວງ​ສາທາລະນະ​ສຸກ ​ເພື່ອ​ຄົ້ນ​ຄ້ວາພິຈາລະນາ ​ ອອກອະນຸຍາດ​ໃນ​ຂັ້ນຕອນ​ຕໍ່​ໄປ.
* ທູກການຍົກຍ້າຍສະຖານທີ່ ຂອງຫົວໜ່ວຍທຸລະກິດດ້ານຢາ ແລະ ຜະລິດຕະພັນການແພດຕ້ອງແຈ້ງຕໍ່ການຈັດຕັ້ງກ່ຽວຂ້ອງຊາບ ລ່ວງໜ້າ ກ່ອນ 03 ເດືອນ.

**ເອກະສານຄັດ​ຕິດ ​**

1. ໃບຄໍາຮ້ອງຂໍຍົກຍ້າຍໃບອະນຸຍາດທະບຽນວິຊາຊີບເພສັດຊະກຳ 01 ສະບັບ ​[ ]

(ຄັດຕິດ​ຫຼັກຖານ​​ເຫດຜົນ​ການ​ຍົກຍ້າຍ​ລະອຽດອື່ນໆພ້ອມ​ນີ້)

1. ໃບອະນຸຍາດທະບຽນວິຊາຊີບເພສັດຊະກຳທີ່ອອກໃຫ້ຜ່ານມາ(ສະບັບແທ້) 01 ສະບັບ [ ]
2. ໃບ​ຢັ້ງຢືນ​ສຸຂະພາບ (ບໍ່​ເກີນ 3 ​ເດືອນ) 01 ສະບັບ [ ]
3. ໃບ​ຢັ້ງຢືນ​ທີ່​ຢູ່ປະຈຸບັນ (ຮູບຖ່າ​ຍ​ໄລຍະບໍ່​​ເກີນ 3 ເດືອນ) 01 ສະບັບ [ ]
4. ຮູບ​ຖ່າຍ​ຂະຫນາດ 3X4 (ຮູບ​ຖ່າຍ​ໄລຍະບໍ່​ເກີນ 1 ປີ) 03 ~~​~~ໃບ [ ]
5. ໃບ​​ແຈ້ງ​ໂທດ​ເລກທີ 3 01 ສະບັບ [ ]
6. ແຜນ​ວາດ​ທີ່​ຕັ້ງ​ສະຖານທີ່ໃໝ່ບໍລິສັດ, ສາຂາຈໍາໜ່າຍ, ຂາຍຍົກ ທີ່​ຕັ້ງ​ໃໝ່ 01 ສະບັບ [ ]
7. ແຜນວາດ ອາຄານ,ຫ້ອງການ, ສາງ ຂອງ​ບໍລິສັດ, ສາຂາຈໍາໜ່າຍ, ຂາຍຍົກ ທີ່​ຕັ້ງ​ໃໝ່ 01 ສະບັບ [ ]
8. ໃບ​ຢັ້ງຢືນ​ກໍາມະສິດ​ເຮືອນ/ສັນຍາ​ເຊົ່າ 01 ສະບັບ [ ]
9. ບົດສະຫຼຸບການເຄື່ອນໄຫວຂອງບໍລິສັດ,ສາຂາຈໍາໜ່າຍ,ຂາຍຍົກ 02 ປີຜ່ານມາ 01 ສະບັບ [ ]

(ສໍາລັບບໍລິສັດຂາເຂົ້າ-ຂາອອກ ແມ່ນໃຫ້ສໍາເນົາຫຼັກຖານການນໍາເຂົ້າ 06 ສະບັບ)

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

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

**ຊື່ ແລະ ລາຍເຊັນຜູ້ກວດຮັບ​ເອກະ​ສານ........................**