



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 ຫລີ ນາງ.....ເກີດເມື່ອວັນທີ.....ຖືບັດປະຈຳຕົວເລກທີ.....
ລົງວັນທີ.....ເກີດທີ່ບ້ານ.....ເມືອງ.....ແຂວງ.....
ທີ່ຢູ່ປະຈຸບັນ ບ້ານ.....ເມືອງ.....ແຂວງ.....
ລະດັບວັດທະນະທຳ.....ລະດັບວິຊາສະເພາະ..... ຮຽນຈົບມາຈາກ.....ສຶກສາຮຽນ.....
ຮັບໃຊ້ວິຊາສະເພາະໃຫ້ລັດ/ເອກະຊົນ.....ປີ; ເປີໂທລະສັບ.....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.....
ຮູບແບບການດຳເນີນທຸລະກິດ:..... ມູນຄ່າໃນການຈັດທະບຽນວິສະຫະກິດ.....
ຊື່ ແລະ ນາມສະກຸນຜູ້ຖືທະບຽນວິສະຫະກິດເປີໂທລະສັບ.....ແຟັກ.....
ອີເມວ.....ເປັນການລົງທຶນ: ພາຍໃນ []..... ເປີເຊັນ; ຕ່າງປະເທດ []ເປີເຊັນ

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 ເພື່ອຄົ້ນຄ້ວາພິຈາລະນາ ອອກອະນຸຍາດໃນຂັ້ນຕອນຕໍ່ໄປ.

ຫົວໜ້າພະແນກສາທາລະນະສຸກແຂວງ/ນະຄອນຫລວງ
ສາທາລະນະສຸກເມືອງ

ຫົວໜ້າຂະແໜງອາຫານ ແລະ ຢາແຂວງ/ນະຄອນຫລວງ

ຫົວໜ້າຫ້ອງການ

ເອກະສານຄັດຕິດ

- | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| 1. ໃບຄໍາຮ້ອງຂໍໃບອະນຸຍາດວິຊາຊີບເພສັດຊະກຳ | 01 ສະບັບ [] |
| 2. ໃບຊົວປະຫວັດຫຍໍ້ 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. ໃບປະກາດຊະນິຍະບັດ (ສໍາເນົາ) | 01 ສະບັບ [] |
| 7. ໃບແຈ້ງໂທດເລກທີ 3 | 01 ສະບັບ [] |
| 8. ໃບຢັ້ງຢືນຮັບໃຊ້ວິຊາສະເພາະທາງດ້ານເພສັດຊະກຳ
(ພາກເອກະຊົນຕ້ອງຢັ້ງຢືນບ່ອນເຮັດວຽກກ່ຽວຂ້ອງ ແລະ ຜ່ານການຢັ້ງຢືນຮັບຮູ້ຈາກພາກລັດ (ຂັ້ນແຂວງ/ນະຄອນທີ່ຂຶ້ນກັບ)) | 01 ສະບັບ [] |
| 9. ໃບຢັ້ງຢືນການອອກລັດຖະການຫຼືໃບແຕ່ງຕັ້ງຂອງກົມກອງກໍລະນີເປັນລັດວິສະຫະກິດ
(ພາກເອກະຊົນຕ້ອງຢັ້ງຢືນຈາກພາກສ່ວນກ່ຽວຂ້ອງ ແລະ ຜ່ານການຢັ້ງຢືນຮັບຮູ້ຈາກພາກລັດ (ຂັ້ນແຂວງ/ນະຄອນທີ່ຂຶ້ນກັບ)) | 01 ສະບັບ [] |
| 10. ແຜນວາດສະຖານທີ່ຕັ້ງບໍລິສັດ, ສາຂາຈໍາໜ່າຍ ແລະ ຂາຍຍົກ | 01 ສະບັບ [] |
| 11. ແຜນວາດ ອາຄານ, ຫ້ອງການ, ສາງ ຂອງບໍລິສັດ, 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
(ລະບຸຂໍ້ມູນຊື່ຂອງຜະລິດຕະພັນໃຫ້ລະອຽດ ພ້ອມແຫຼ່ງທີ່ມາ) | 01 ສະບັບ [] |

ວັນທີກວດກາເອກະສານ.....

ຊື່ ແລະ ລາຍເຊັນຜູ້ກວດຮັບເອກະສານ.....