



ສາທາລະນະລັດ ປະຊາທິປະໄຕ ປະຊາຊົນລາວ
ສັນຕິພາບ ເອກະລາດ ປະຊາທິປະໄຕ ເອກະພາບ ວັດທະນະຖາວອນ

ກະຊວງສາທາລະນະສຸກ
ສະພາຄຸ້ມຄອງວິຊາຊີບປີ້ນປົວ

- ປະເພດວິຊາຊີບ:** ທ່ານໜັ່ງ
 ທັນຕະແພດ
 ພະຍາບານ
 ຜະດຸງຄຳນັ່ງ

ຮູບ

3 x 4

ຄຳຮ້ອງ

ຮຽນ: ທ່ານ ປະທານສະພາຄຸ້ມຄອງວິຊາຊີບປີ້ນປົວ ທີ່ເຄົາລົບ ແລະ ນັບຖືຢ່າງສູງ
ເລື່ອງ: ຂໍ ຂຶ້ນທະບຽນ ແລະ ໃບອະນຸຍາດເຄື່ອນໄຫວວິຊາຊີບປີ້ນປົວ ສຳລັບຜູ້ທີ່ສຳເລັດການຝຶກງານດ້ານວິຊາຊີບ.

1. ຂ້າພະເຈົ້າ (ຊື່ ແລະ ນາມສະກຸນ) ພາສາລາວ ທ້າວ/ນາງ:.....;

ພາສາອັງກິດ Mr/Ms:.....;
 2. ວັນ,ເດືອນ,ປີເກີດ:...../...../.....,ບ້ານ:.....,ເມືອງ:.....,ແຂວງ:.....;
 3. ເຊື້ອຊາດ:.....,ສັນຊາດ:.....,ຊົນເຜົ່າ:.....,ສາສະໜາ:.....;
 4. ທີ່ຢູ່ປະຈຸບັນ ບ້ານ:.....,ເຮືອນເລກທີ:.....,ໜ່ວຍ:....., ເມືອງ.....,ແຂວງ:.....;
 5. ບັດປະຈຳຕົວເລກທີ:.....ລົງວັນທີ:...../...../.....,ໜີດອາຍຸ:...../...../.....ສຳມະໂນຄົວເລກທີ:.....ລົງວັນທີ:...../...../.....;
 6. ເລກໂທລະສັບ:.....,ເລກເບີໂທ WhatsApp:.....,ທີ່ຢູ່ E-mail:.....;
 7. ສະຖານທີ່ການສຶກສາ:
 - ຮຽນຈົບຢູ່ ພາຍໃນ, ຕ່າງປະເທດ ຊື່ໂຮງຮຽນ.....;
 - ໄລຍະການຮຽນແຕ່ປີ.....ຫາປີ....., ປີຮຽນຈົບ..... ທີ່ປະເທດ:
 8. ລະດັບວິຊາສູງສຸດ : ຊັ້ນສູງ, ປະລິນຍາຕຼີ, ປະລິນຍາໂທ, ປະລິນຍາເອກ, ຊ່ຽວຊານຂັ້ນ 1, ຊ່ຽວຊານຂັ້ນ 2
 9. ຊື່ວິຊາສະເພາະສູງສຸດ ພາສາລາວ:.....,ພາສາອັງກິດ.....;
 10. ຊື່ສາຂາວິຊາລົງເລິກ ພາສາລາວ:.....,ພາສາອັງກິດ:.....;
 11. ສູນສອບເສັງລະດັບຊາດ:..... ປີສອບເສັງ:.....;
 12. ລະຫັດໃບອະນຸຍາດເຄື່ອນໄຫວວິຊາຊີບປີ້ນປົວເບື້ອງຕົ້ນ:.....;
 13. ສະຖານທີ່ຝຶກງານດ້ານວິຊາຊີບ:.....,ແຕ່ ວັນ,ເດືອນ,ປີ:.....ຫາ.....;
 14. ສະຖານທີ່ບໍລິການສຸຂະພາບທີ່ທ່ານເຮັດວຽກຫຼັງຈາກສຳເລັດການຝຶກງານດ້ານວິຊາຊີບ:.....;
- ❖ ຂ້າພະເຈົ້າຂໍປະຕິຍານຕົນວ່າ ເມື່ອໄດ້ຮັບການຂຶ້ນທະບຽນ ແລະ ໃບອະນຸຍາດເຄື່ອນໄຫວວິຊາຊີບປີ້ນປົວແລ້ວ ຈະປະຕິບັດຕາມກົດໝາຍວ່າດ້ວຍການປີ້ນປົວ ແລະ ກົດໝາຍອື່ນໆຂອງ ສປປ ລາວ, ຈັນຍາບັນ, ຂອບເຂດ, ມາດຕະຖານການປີ້ນປົວ ແລະ ລະບຽບການ ທີ່ສະພາຄຸ້ມຄອງວິຊາຊີບປີ້ນປົວວາງອອກຢ່າງເຂັ້ມງວດ.

ດັ່ງນັ້ນ, ຂ້າພະເຈົ້າຈຶ່ງໄດ້ຂຽນຄຳຮ້ອງສະບັບນີ້ ມາຍັງທ່ານເພື່ອຄົ້ນຄວ້າຝ່າຈາລະນາຕາມທາງຄວນດ້ວຍ.

ທີ່....., ວັນທີ...../...../.....

ລາຍເຊັນຜູ້ຮ້ອງຂໍ



ສາທາລະນະລັດ ປະຊາທິປະໄຕ ປະຊາຊົນລາວ
ສັນຕິພາບ ເອກະລາດ ປະຊາທິປະໄຕ ເອກະພາບ ວັດທະນະຖາວອນ

ກະຊວງສາທາລະນະສຸກ
 ສະພາຄຸ້ມຄອງວິຊາຊີບປິ່ນປົວ

ຊີວະປະຫວັດຫຍໍ້

1. ປະຫວັດທົ່ວໄປ:

ຊື່ ແລະ ນາມສະກຸນ: ທ້າວ/ນາງ;
 ວັນ,ເດືອນ,ປີ ເກີດ:...../...../.....,ບ້ານເກີດ:.....,ເມືອງ:.....;
 ແຂວງ:.....; ເຊື້ອຊາດ:.....,ສັນຊາດ:.....ຊົນເຜົ່າ:.....,ສາສະໜາ:.....;
 ອາຊີບ....., ສະຖານະພາບ: ໂສດ, ແຕ່ງງານ, ຢ່າຮ້າງ, ໜ້າຍ;
 ທີ່ຢູ່ປະຈຸບັນ ບ້ານ:.....,ເມືອງ:.....,ແຂວງ:.....

1. ປະຫວັດການກະທຳຄວາມຜິດທີ່ຖືກຕັດສິນລົງໂທດໃຫ້ເສຍຄ່າປັບ ຫຼື ການລົງໂທດທີ່ໜັກກວ່ານັ້ນ:

- ບໍ່ມີ
- ມີ

2. ບັນຫາສຸຂະພາບທີ່ອາດຈະເຮັດໃຫ້ເກີດຄວາມຫຍຸ້ງຍາກໃນການປະຕິບັດຂອງຜູ້ປະກອບວິຊາຊີບປິ່ນປົວ:

- ບໍ່ມີ
- ມີ

3. ສະຖານທີ່ບໍລິການສຸຂະພາບທີ່ທ່ານຕ້ອງການໄປເຮັດວຽກ ພາຍຫຼັງສຳເລັດການຝຶກງານວິຊາຊີບ.....;
 (ຄຳຕອບຂອງທ່ານຈະຊ່ວຍກະຊວງສາທາລະນະສຸກພັດທະນານະໂຍບາຍ)

ທີ່....., ວັນທີ...../...../.....

ເຊັນ ແລະ ປະທັບຕາການຈັດຕັ້ງ ຫຼື ໂຮງໝໍ

ເຊັນເຈົ້າຂອງຊີວະປະຫວັດ



QR Code ລົງທະບຽນອອນລາຍ

ລາຍການເອກະສານ	
ສະເໜີ ຂໍ ຂຶ້ນທະບຽນ ແລະ ໃບອະນຸຍາດເຄື່ອນໄຫວວິຊາຊີບປິ່ນປົວສົມບູນ	
1. ໃບຢັ້ງຢືນສຸຂະພາບ	01 ສະບັບ
2. ສຳເນົາ ໃບອະນຸຍາດເຄື່ອນໄຫວວິຊາຊີບປິ່ນປົວເບື້ອງຕົ້ນ	01 ສະບັບ
3. ສຳເນົາ ເອກະສານຢັ້ງຢືນການຝຶກງານດ້ານວິຊາຊີບ	01 ສະບັບ
4. ຮູບຂະໜາດ 3 x 4 (ພື້ນສີຂາວ, ຖ່າຍບໍ່ເກີນ 6 ເດືອນ) (1 ໃບ ໃຫ້ຕິດຄຳຮ້ອງມາພ້ອມ)	4 ໃບ
5. ໃຫ້ລົງທະບຽນທາງອອນລາຍດ້ວຍການສະແກນ QR Code (ຖ້າບໍ່ລົງທະບຽນອອນລາຍຈະບໍ່ພິຈາລະນາເອກະສານ)	