



ສາທາລະນະລັດ ປະຊາທິປະໄຕ ປະຊາຊົນລາວ  
ສັນຕິພາບ ເອກະລາດ ປະຊາທິປະໄຕ ເອກະພາບ ວັດທະນະຖາວອນ

ກະຊວງສາທາລະນະສຸກ  
ສະພາຄຸ້ມຄອງວິຊາຊີບສາທາລະນະສຸກ

- ☐ ທ່ານໝໍ  
☐ ທ່ານຕະແພດ  
☐ ພະຍາບານ  
☐ ຜະດຸງຄັນ  
☐ ເຕັກນິກການແພດ

ຮູບ

3 x 4

ຄໍາຮ້ອງ

ລຳດັບລົງທະບຽນອອນລາຍ:

ຂໍຂຶ້ນທະບຽນອອກ ແລະ ໃບປະກອບວິຊາຊີບສາທາລະນະສຸກ

ຮຽນ: ທ່ານ ປະທານສະພາຄຸ້ມຄອງວິຊາຊີບສາທາລະນະສຸກ ທີ່ເຄົາລົບ ແລະ ນັບຖືຢ່າງສູງ

ເລື່ອງ: ຂໍຂຶ້ນທະບຽນ ແລະ ອອກໃບປະກອບວິຊາຊີບສາທາລະນະສຸກ

1. ຂ້າພະເຈົ້າ (ຊື່ ແລະ ນາມສະກຸນ) ພາສາລາວ ທ້າວ/ນາງ:.....  
ພາສາອັງກິດ Mr/Ms:.....
2. ເຊື້ອຊາດ:....., ສັນຊາດ:....., ຊົນເຜົ່າ:....., ສາສະໜາ:.....
3. ວັນ, ເດືອນ, ປີເກີດ:...../...../....., ບ້ານ:....., ເມືອງ:....., ແຂວງ:.....
4. ທີ່ຢູ່ປະຈຸບັນ ບ້ານ:....., ເຮືອນເລກທີ:....., ໜ່ວຍ:....., ເມືອງ:....., ແຂວງ:.....
5. ບັດປະຈຳຕົວເລກທີ:..... ລົງວັນທີ:...../...../....., ໜີດອາຍຸ:...../...../.....
6. ສຳມະໂນຄົວເລກທີ:..... ລົງວັນທີ:...../...../.....
7. ເລກໂທລະສັບ:....., ເລກເບີໂທ WhatsApp:....., ທີ່ຢູ່ E-mail:.....
8. ປ່ອນປະຈຳການ ລັດ ☐, ເອກະຊົນ ☐ :..... ບ້ານ:..... ເມືອງ:.....  
ແຂວງ:..... ສັງກັດພະແນກ/ໜ່ວຍງານ:..... ຕຳແໜ່ງ:.....  
ວັນ, ເດືອນ, ປີ: ເປັນອາສາສະໝັກ ...../...../....., ສັນຍາຈ້າງ ...../...../....., ເຂົ້າລັດຖະກອນ ...../...../.....  
ເຂົ້າບຳເນັດ ຫຼື ບຳນານ:...../...../....., ວັນ, ເດືອນ, ປີ ເຂົ້າເຮັດວຽກ (ສຳລັບພາກສ່ວນເອກະຊົນ): ...../...../.....
9. ວັນ, ເດືອນ, ປີເລີ່ມເຮັດວຽກສາທາລະນະສຸກ:...../...../.....; ວັນ, ເດືອນ, ປີສິ້ນສຸດການເຮັດວຽກສາທາລະນະສຸກ:...../...../.....
10. (ສຳລັບຜູ້ສອບເສັງ) ປິສອບເສັງ:....., ລະຫັດບັດສອບເສັງ:....., ລະຫັດໃບປະກອບວິຊາຊີບເບື້ອງຕົ້ນ:.....  
ສະຖານທີ່ຝຶກງານ:....., ເມືອງ:....., ແຂວງ:.....
11. ລະດັບວິຊາສະເພາະສູງສຸດດ້ານວິຊາການ:.....
12. ຊື່ວິຊາສະເພາະສູງສຸດ ພາສາລາວ:....., ພາສາອັງກິດ:.....
13. ຊື່ສາຂາວິຊາລົງເລິກ ພາສາລາວ:....., ພາສາອັງກິດ:.....
14. ຮຽນຈົບວິຊາສະເພາະສູງສຸດຈາກ ☐ ພາຍໃນ(ຊື່ໂຮງຮຽນ)....., ຮຽນຈົບ ປີ.....  
☐ ຕ່າງປະເທດ(ຊື່ໂຮງຮຽນ)..... ຊື່ປະເທດ:....., ຮຽນຈົບ ປີ.....
15. ຕຳແໜ່ງວິຊາການຄູ: ☐ ຜູ້ຊ່ວຍອາຈານ, ☐ ອາຈານ, ☐ ຮອງສາດສະດາຈານ, ☐ ສາດສະດາຈານ, ☐ ອື່ນໆບອກແຈ້ງ:.....

ຂ້າພະເຈົ້າຂໍປະຕິຍານຕົນວ່າ ເມື່ອໄດ້ຮັບການຂຶ້ນທະບຽນ ແລະ ໃບປະກອບວິຊາຊີບສາທາລະນະສຸກແລ້ວ ຈະປະຕິບັດຕາມກົດໝາຍວ່າ  
ດ້ວຍສາທາລະນະສຸກ, ໝາຍວ່າດ້ວຍການປົນປົວ ແລະ ກົດໝາຍອື່ນໆຂອງ ສປປ ລາວ, ຈັນຍາບັນ, ຂອບເຂດ, ມາດຕະຖານ ແລະ ລະບຽບ  
ການ ທີ່ສະພາຄຸ້ມຄອງວິຊາຊີບສາທາລະນະສຸກວາງອອກຢ່າງເຂັ້ມງວດ.

ດັ່ງນັ້ນ, ຂ້າພະເຈົ້າຈຶ່ງໄດ້ຂຽນຄໍາຮ້ອງສະບັບນີ້ ມາຍັງທ່ານເພື່ອຄົ້ນຄວ້າພິຈາລະນາຕາມທາງຄວນດ້ວຍ.

ສຳລັບພະນັກງານ:

ທີ່....., ວັນທີ...../...../.....

ເລກທີຮັບຟອມ:

ວັນທີຮັບຟອມ:

ຄຳຂຶ້ນທະບຽນ:

ເຊັນຜູ້ຮັບຟອມ:

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |

ຜູ້ສົ່ງເອກະສານ:

ລາຍເຊັນຜູ້ຮ້ອງຂໍ



ສາທາລະນະລັດ ປະຊາທິປະໄຕ ປະຊາຊົນລາວ  
ສັນຕິພາບ ເອກະລາດ ປະຊາທິປະໄຕ ເອກະພາບ ວັດທະນະຖາວອນ

.....  
.....

**ຊີວະປະຫວັດຫຍໍ້ຂອງຜູ້ປະກອບວິຊາຊີບສາທາລະນະສຸກ**

**1. ປະຫວັດທົ່ວໄປ:**

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

**2. ປະຫວັດການສຶກສາດ້ານວິຊາຊີບສາທາລະນະສຸກ**

| ລ/ດ | ຊື່ວິຊາສະເພາະ | ແຕ່ປີ ຫາປີ | ລະດັບ | ສະຖານທີ່ການສຶກສາ | ປະເທດ |
|-----|---------------|------------|-------|------------------|-------|
|     |               |            |       |                  |       |
|     |               |            |       |                  |       |
|     |               |            |       |                  |       |
|     |               |            |       |                  |       |
|     |               |            |       |                  |       |
|     |               |            |       |                  |       |
|     |               |            |       |                  |       |
|     |               |            |       |                  |       |
|     |               |            |       |                  |       |

**3. ການເຄື່ອນໄຫວວິຊາຊີບສາທາລະນະສຸກຜ່ານມາແຕ່ລະໄລຍະ**

| ລ/ດ | ສະຖານບໍລິການສາທາລະນະສຸກ | ແຕ່ປີ ຫາປີ | ຕຳແໜ່ງ | ພະແນກ/ຂະແໜງ/ໜ່ວຍງານ/ຈຸງງານ | ໜ້າທີ່ຮັບຜິດຊອບ |
|-----|-------------------------|------------|--------|----------------------------|-----------------|
|     |                         |            |        |                            |                 |
|     |                         |            |        |                            |                 |
|     |                         |            |        |                            |                 |
|     |                         |            |        |                            |                 |
|     |                         |            |        |                            |                 |
|     |                         |            |        |                            |                 |
|     |                         |            |        |                            |                 |
|     |                         |            |        |                            |                 |
|     |                         |            |        |                            |                 |

4. ຜົນງານການເຄື່ອນໄຫວວຽກງານສາທາລະນະສຸກຂອງຕົນໃນໄລຍະຜ່ານມາຈົນເຖິງປະຈຸບັນ

| ລ/ດ | ເນື້ອໃນແຕ່ລະດ້ານ          | ສະຖານທີ່ | ແຕ່ປີ ຫາປີ | ປະເພດການຍ້ອງຍໍ | ການຈັດຕັ້ງທີ່ອອກໃຫ້ |
|-----|---------------------------|----------|------------|----------------|---------------------|
| I   | ດ້ານການບໍລິການສາທາລະນະສຸກ |          |            |                |                     |
|     |                           |          |            |                |                     |
|     |                           |          |            |                |                     |
|     |                           |          |            |                |                     |
|     |                           |          |            |                |                     |
|     |                           |          |            |                |                     |
| II  | ດ້ານການສຶກສອນ             |          |            |                |                     |
|     |                           |          |            |                |                     |
|     |                           |          |            |                |                     |
|     |                           |          |            |                |                     |
|     |                           |          |            |                |                     |
|     |                           |          |            |                |                     |
|     |                           |          |            |                |                     |
| III | ການຄົ້ນຄວ້າວິທະຍາສາດ      |          |            |                |                     |
|     |                           |          |            |                |                     |
|     |                           |          |            |                |                     |
|     |                           |          |            |                |                     |
|     |                           |          |            |                |                     |
|     |                           |          |            |                |                     |
|     |                           |          |            |                |                     |
| IV  | ການຊ່ວຍເຫຼືອສັງຄົມ        |          |            |                |                     |
|     |                           |          |            |                |                     |
|     |                           |          |            |                |                     |
|     |                           |          |            |                |                     |
|     |                           |          |            |                |                     |
|     |                           |          |            |                |                     |

ຂ້າພະເຈົ້າຂໍຢືນຢັນວ່າ ຂໍ້ຄວາມທີ່ໄດ້ຂຽນມາຂ້າງເທິງນີ້ ລ້ວນແລ້ວແຕ່ເປັນຄວາມຈິງທຸກປະການ.

ທີ່....., ວັນທີ...../...../.....

ເຊັນ ແລະ ປະທັບຕາການຈັດຕັ້ງທີ່ຂຶ້ນກັບ

ເຊັນເຈົ້າຂອງຊີວະປະຫວັດ

**ລາຍການເອກະສານ**  
**ສະເໜີ ຂໍ ຂຶ້ນທະບຽນ ແລະ ໃບອະນຸຍາດເຄື່ອນໄຫວວິຊາຊີບສາທາລະນະສຸກ**  
**(ສໍາລັບຄົນລາວ)**

|                                                                  |                      |                          |
|------------------------------------------------------------------|----------------------|--------------------------|
| 1. ຄໍາຮ້ອງ                                                       | 01 ສະບັບ (ມີຮ່າງໃຫ້) | <input type="checkbox"/> |
| 2. ຊົວປະຫວັດຫຍໍ້                                                 | 01 ສະບັບ (ມີຮ່າງໃຫ້) | <input type="checkbox"/> |
| 3. ໜັງສືສື່ຢັ້ງຢືນບ່ອນເຮັດວຽກ (ສໍາລັບເອກະຊົນ)                    | 01 ສະບັບ (ມີຮ່າງໃຫ້) | <input type="checkbox"/> |
| 4. ສໍາເນົາ ປະກາສະນີຍະບັດການສຶກສາ ວິຊາຊີບສາທາລະນະສຸກ ທຸກລະດັບ     | 01 ສະບັບ             | <input type="checkbox"/> |
| 5. ໃບຢັ້ງຢືນທີ່ຢູ່ປະຈຸບັນ                                        | 01 ສະບັບ             | <input type="checkbox"/> |
| 6. ໃບຢັ້ງຢືນສຸຂະພາບ (ບໍ່ເກີນ 3 ເດືອນ)                            | 01 ສະບັບ             | <input type="checkbox"/> |
| 7. ສໍາເນົາບັດປະຈຳຕົວ ຫຼື ສໍາມະໂນຄົວ                              | 01 ສະບັບ             | <input type="checkbox"/> |
| 8. ສໍາເນົາບັດຜະນັກງານບໍານານ ຫຼື ໃບອະນຸຍາດຮັບບໍາເນັດ              | 01 ສະບັບ             | <input type="checkbox"/> |
| 9. ຮູບຂະໜາດ 3 x 4 (ຜື່ນສີຂາວ, ຖ່າຍບໍ່ເກີນ 6 ເດືອນ)               | 03 ໃບ                | <input type="checkbox"/> |
| 10. ສໍາເນົາບັດເຂົ້າຫ້ອງສອບເສັງ (ສໍາລັບຜູ້ທີ່ຜ່ານການສອບເສັງ)      | 01 ສະບັບ             | <input type="checkbox"/> |
| 11. ສໍາເນົາໃບປະກອບວິຊາຊີບເບື້ອງຕົ້ນ (ສໍາລັບຜູ້ທີ່ຜ່ານການສອບເສັງ) | 01 ສະບັບ             | <input type="checkbox"/> |



ຟອມລົງທະບຽນອອນລາຍ



ກວດເບິ່ງລາຍຊື່ອອນລາຍ



ສາທາລະນະລັດ ປະຊາທິປະໄຕ ປະຊາຊົນລາວ  
ສັນຕິພາບ ເອກະລາດ ປະຊາທິປະໄຕ ເອກະພາບ ວັດທະນະຖາວອນ

ຫັງສີຢັ້ງຢືນ  
(ສໍາລັບພາກເອກະຊົນ)

ຂ້າພະເຈົ້າ ທ້າວ/ນາງ..... ນາມສະກຸນ.....ວັນທີ/ເດືອນ/ປີ ເກີດ...../...../.....  
ປັດຈຸບັນຢູ່ບ້ານ.....ເມືອງ.....ແຂວງ.....  
ບັດປະຈຳຕົວເລກທີ.....ສໍາມະໂນຄົວເລກທີ.....ເບີໂທຕິດຕໍ່.....  
ປັດຈຸບັນເຮັດວຽກຢູ່.....ໜ່ວຍງານ.....ຕໍາແໜ່ງ.....  
ໜ້າທີ່.....

ຂໍຢັ້ງຢືນວ່າ ທ້າວ/ນາງ.....ນາມສະກຸນ.....ວັນທີ/ເດືອນ/ປີ ເກີດ...../...../.....  
ປັດຈຸບັນຢູ່ບ້ານ.....ເມືອງ.....ແຂວງ.....  
ບັດປະຈຳຕົວເລກທີ.....ສໍາມະໂນຄົວເລກທີ.....ເບີໂທຕິດຕໍ່.....  
ປັດຈຸບັນເຮັດວຽກຢູ່.....ໜ່ວຍງານ.....ຕໍາແໜ່ງ.....  
ໜ້າທີ່..... ໄດ້ເຮັດວຽກຕັ້ງແຕ່ວັນທີ...../...../..... ຈົນເຖິງ.....

ຂ້າພະເຈົ້າຂໍຢັ້ງຢືນວ່າຂໍ້ມູນຂ້າງເທິງນີ້ແມ່ນຖືກຕ້ອງຕາມຄວາມຈິງທຸກປະການ, ຖ້າມີການບິດເບືອນຈາກຕົວຈິງ ຂ້າພະເຈົ້າຂໍຮັບ  
ໂທດຕາມກົດໝາຍ ແລະ ລະບຽບການ ຂອງ ສປປ ລາວ.

ດັ່ງນັ້ນ, ຈຶ່ງຮຽນສະເໜີມາຍັງທ່ານເພື່ອຮັບຮອງແບບຟອມຂໍຂຶ້ນທະບຽນ ແລະ ໃບປະກອບວິຊາຊີບສາທາລະນະສຸກຂອງຜູ້ກ່ຽວ  
ດ້ວຍ.

ທີ່....., ວັນທີ...../...../.....

ເຊັນ ແລະ ປະທັບຕາປ່ອນເຮັດວຽກ

ໝາຍເຫດ: ເອກະສານສະບັບນີ້ມີອາຍຸການນໍາໃຊ້ເປັນເວລາ 3 ເດືອນ