



ສາທາລະນະລັດ ປະຊາທິປະໄຕ ປະຊາຊົນລາວ
ສັນຕິພາບ ເອກະລາດ ປະຊາທິປະໄຕ ເອກະພາບ ວັດທະນະຖາວອນ

- ທ່ານໝໍ
- ທັນຕະແພດ
- ພະຍາບານ
- ຜະດຸງຄັນ
- ເຕັກນິກການແພດ

ກະຊວງສາທາລະນະສຸກ

ສະພາຄຸ້ມຄອງວິຊາຊີບສາທາລະນະສຸກ

ຮູບ

3 x 4

ຄໍາຮ້ອງ

ລໍາດັບລົງທະບຽນອອນລາຍ:

ຮຽນ: ທ່ານ ປະທານສະພາຄຸ້ມຄອງວິຊາຊີບສາທາລະນະສຸກ ທີ່ເຄົາລົບ ແລະ ນັບຖືຢ່າງສູງ

ເລື່ອງ: ຂໍຂຶ້ນທະບຽນ ແລະ ໃບປະກອບວິຊາຊີບສາທາລະນະສຸກ

ໃໝ່ ຕໍ່ (ລະຫັດໃບປະກອບວິຊາຊີບ.....)

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. ບ່ອນປະຈຳການ 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) ປີສອບເສັງ....., 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 ຈະປະຕິບັດຕາມກົດໝາຍ
 ວ່າດ້ວຍສາທາລະນະສຸກ, ໝາຍວ່າດ້ວຍການປິ່ນປົວ ແລະ ກົດໝາຍອື່ນໆຂອງ ສປປ ລາວ, ຈັນຍາບັນ, ຂອບເຂດ, ມາດຕະຖານ ແລະ
 ລະບຽບການ ທີ່ສະພາຄຸ້ມຄອງວິຊາຊີບສາທາລະນະສຸກວາງອອກຢ່າງເຂັ້ມງວດ.

ດັ່ງນັ້ນ, ຂ້າພະເຈົ້າຈຶ່ງໄດ້ຂຽນຄໍາຮ້ອງສະບັບນີ້ ມາຍັງທ່ານເພື່ອຄົ້ນຄວ້າພິຈາລະນາຕາມທາງຄວນດ້ວຍ.

ສໍາລັບພະນັກງານ: ທີ່....., ວັນທີ...../...../.....

ເລກທີຮັບຟອມ:

ວັນທີຮັບຟອມ:

ຄໍາຂຶ້ນທະບຽນ:

ເຊັນຜູ້ຮັບຟອມ:

ລາຍເຊັນຜູ້ຮ້ອງຂໍ

ຜູ້ສົ່ງເອກະສານ:
 ເຊັນຜູ້ສົ່ງຟອມ:



ສາທາລະນະລັດ ປະຊາທິປະໄຕ ປະຊາຊົນລາວ
ສັນຕິພາບ ເອກະລາດ ປະຊາທິປະໄຕ ເອກະພາບ ວັດທະນະຖາວອນ

ກະຊວງສາທາລະນະສຸກ

ສະພາຄຸ້ມຄອງວິຊາຊີບສາທາລະນະສຸກ

ຊີວະປະຫວັດຫຍໍ້ຂອງຜູ້ປະກອບວິຊາຊີບສາທາລະນະສຸກ

1. ປະຫວັດທົ່ວໄປ:

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

4. ຜົນງານການເຄື່ອນໄຫວວຽກງານສາທາລະນະສຸກຂອງຕົນໃນໄລຍະຜ່ານມາຈົນເຖິງປະຈຸບັນ

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

ຂ້າພະເຈົ້າຂໍຢືນຢັນວ່າ ຂໍ້ຄວາມທີ່ໄດ້ຂຽນມາຂ້າງເທິງນີ້ ລ້ວນແລ້ວແຕ່ເປັນຄວາມຈິງທຸກປະການ.

ທີ່....., ວັນທີ...../...../.....

ເຊັນ ແລະ ປະທັບຕາການຈັດຕັ້ງທີ່ຂຶ້ນກັບ

ເຊັນເຈົ້າຂອງຊີວະປະຫວັດ



ຟອມລົງທະບຽນອອນລາຍ



ກວດເບິ່ງລາຍຊື່ອອນລາຍ

ລາຍການເອກະສານ
ສະເໜີ ຂໍ ຂຶ້ນທະບຽນ ແລະ ໃບອະນຸຍາດເຄື່ອນໄຫວວິຊາຊີບສາທາລະນະສຸກ
(ສໍາລັບຄົນລາວ)

- | | | |
|---|----------------------|--------------------------|
| 1. ຄໍາຮ້ອງ | 01 ສະບັບ (ມີຮ່າງໃຫ້) | <input type="checkbox"/> |
| 2. ຊີວະປະຫວັດຫຍໍ້ | 01 ສະບັບ (ມີຮ່າງໃຫ້) | <input type="checkbox"/> |
| 3. ໜັງສືສະເໜີຫາການຈັດຕັ້ງຂັ້ນແຂວງ ແລະ ຂັ້ນເມືອງ (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. ສໍາເນົາບັດພະນັກງານບໍານານ ຫຼື ໃບອະນຸຍາດຮັບບໍາເນັດ | 01 ສະບັບ | <input type="checkbox"/> |
| 9. ຮູບຂະໜາດ 3 x 4 (ພື້ນສີຂາວ, ຖ່າຍບໍ່ເກີນ 6 ເດືອນ) | 03 ໃບ | <input type="checkbox"/> |
| 10. ສໍາເນົາບັດເຂົ້າຫ້ອງສອບເສັງ (ສໍາລັບຜູ້ທີ່ຜ່ານການສອບເສັງ) | 01 ສະບັບ | <input type="checkbox"/> |
| 11. ສໍາເນົາໃບປະກອບວິຊາຊີບ (ສໍາລັບຜູ້ທີ່ຜ່ານການສອບເສັງ) | 01 ສະບັບ | <input type="checkbox"/> |



ສາທາລະນະລັດ ປະຊາທິປະໄຕ ປະຊາຊົນລາວ
ສັນຕິພາບ ເອກະລາດ ປະຊາທິປະໄຕ ເອກະພາບ ວັດທະນະຖາວອນ

ກະຊວງສາທາລະນະສຸກ

ສະພາຄຸ້ມຄອງວິຊາຊີບສາທາລະນະສຸກ

ໜັງສືສະເໜີ
(ສໍາລັບພາກເອກະຊົນ)

ຮຽນ: ທ່ານ.....

ເລື່ອງ: ຂໍຢັ້ງຢືນຊົວະປະຫວັດຫຍໍ້ຂອງຜູ້ປະກອບວິຊາຊີບສາທາລະນະສຸກ

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.....ຕັ້ງແຕ່ວັນທີ...../...../.....ຫາວັນທີ...../...../.....

ຂ້າພະເຈົ້າຂໍປະຕິຍານວ່າຂໍ້ມູນຂ້າງເທິງນີ້ແມ່ນຖືກຕ້ອງຕາມຄວາມຈິງທຸກປະການ, ຖ້າມີການບິດເບືອນຈາກຕົວຈິງ ຂ້າພະເຈົ້າຂໍ
ຮັບໂທດຕາມກົດໝາຍ ແລະ ລະບຽບການ ຂອງ ສປປ ລາວ.

ດັ່ງນັ້ນ, ຈຶ່ງຮຽນສະເໜີມາຍັງທ່ານເພື່ອຮັບຮອງແບບຟອມຂໍຂຶ້ນທະບຽນ ແລະ ໃບປະກອບວິຊາຊີບສາທາລະນະສຸກຂອງຜູ້ກ່ຽວ
ດ້ວຍ.

ທີ່....., ວັນທີ...../...../.....

ເຊັນ ແລະ ປະທັບຕາບ່ອນເຮັດວຽກ