



ສາທາລະນະລັດ ປະຊາທິປະໄຕ ປະຊາຊົນລາວ
ສັນຕິພາບ ເອກະລາດ ປະຊາທິປະໄຕ ເອກະພາບ ວັດທະນະຖາວອນ

ກະຊວງສາທາລະນະສຸກ

ສະພາຄຸ້ມຄອງວິຊາຊີບສາທາລະນະສຸກ

ປະເພດວິຊາຊີບ: ເພສັດຊາກອນ
 ເພສັດຊາກອນຊ່ວຍ
 ອື່ນໆ

ຮູບ
3 x 4

ຄໍາຮ້ອງ

ລໍາດັບລົງທະບຽນອອນລາຍ:

ຮຽນ: ທ່ານ ປະທານສະພາຄຸ້ມຄອງວິຊາຊີບສາທາລະນະສຸກ ທີ່ເຄົາລົບ ແລະ ນັບຖືຢ່າງສູງ

ເລື່ອງ: ຂໍຂຶ້ນທະບຽນ ແລະ ໃບປະກອບວິຊາຊີບເພສັດຊະກໍາ

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:..... ດໍາແໜ່ງ.....
 ວັນ, ເດືອນ, ປີ: ເປັນອາສາສະໝັກ/...../....., ສັນຍາຈ້າງ/...../....., ເຂົ້າລັດຖະກອນ/...../.....
 ເຂົ້າບໍາເນັດ ຫຼື ບໍານານ...../...../....., ວັນ, ເດືອນ, ປີ ເຂົ້າເຮັດວຽກ (ສໍາລັບພາກສ່ວນເອກະຊົນ):/...../.....
9. ວັນ, ເດືອນ, ປີເລີ່ມເຮັດວຽກເພສັດຊະກໍາ:...../...../.....; ວັນ, ເດືອນ, ປີສິ້ນສຸດການເຮັດວຽກເພສັດຊະກໍາ:...../...../.....
10. (ສໍາລັບຜູ້ສອບເສັງ) ປີສອບເສັງ....., ລະຫັດບັດສອບເສັງ....., ລະຫັດໃບປະກອບວິຊາຊີບເບື້ອງຕົ້ນ.....
11. ລະດັບວິຊາສະເພາະສູງສຸດດ້ານເພສັດຊະກໍາ: ຊັ້ນສູງ, ປະລິນຍາຕີ, ປະລິນຍາໂທ, ປະລິນຍາເອກ, ອື່ນໆ.....
12. ຊື່ວິຊາສະເພາະສູງສຸດ ພາສາລາວ:....., ພາສາອັງກິດ.....
13. ຊື່ສາຂາວິຊາລົງເລິກ ພາສາລາວ:....., ພາສາອັງກິດ:.....
14. ຮຽນຈົບວິຊາສະເພາະສູງສຸດຈາກ:
 - ພາຍໃນ(ຊື່ໂຮງຮຽນ)....., ຮຽນຈົບ ປີ.....
 - ຕ່າງປະເທດ(ຊື່ໂຮງຮຽນ)..... ຊື່ປະເທດ:....., ຮຽນຈົບ ປີ.....

ຂ້າພະເຈົ້າຂໍປະຕິຍານຕົນວ່າ ເມື່ອໄດ້ຮັບການຂຶ້ນທະບຽນ ແລະ ໃບປະກອບວິຊາຊີບເພສັດຊະກໍາແລ້ວ ຈະປະຕິບັດຕາມກົດໝາຍວ່າດ້ວຍສາທາລະນະສຸກ, ກົດໝາຍວ່າດ້ວຍການປິ່ນປົວ, ກົດໝາຍວ່າດ້ວຍຢາ ແລະ ກົດໝາຍອື່ນໆຂອງ ສປປ ລາວ, ຈັນຍາບັນ, ຂອບເຂດ, ມາດຕະຖານ ການເຄື່ອນໄຫວທາງດ້ານວິຊາຊີບເພສັດຊະກໍາ ແລະ ລະບຽບການ ທີ່ສະພາຄຸ້ມຄອງວິຊາຊີບສາທາລະນະສຸກວາງອອກຢ່າງເຂັ້ມງວດ.

ດັ່ງນັ້ນ, ຂ້າພະເຈົ້າຈຶ່ງໄດ້ຂຽນຄໍາຮ້ອງສະບັບນີ້ ມາຍັງທ່ານເພື່ອຄົ້ນຄວ້າພິຈາລະນາຕາມທາງຄວນດ້ວຍ.

ທີ່....., ວັນທີ...../...../.....

ສໍາລັບພະນັກງານ:

ເລກທີຮັບຟອມ:	
ວັນທີຮັບຟອມ:	
ຄ່າຂຶ້ນທະບຽນ:	
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/ຈຸງງານ	ໜ້າທີ່ຮັບຜິດຊອບ

4. ຜົນງານການເຄື່ອນໄຫວວຽກງານເພສັດຊະກຳ ຂອງຕົນໃນໄລຍະຜ່ານມາຈົນເຖິງປະຈຸບັນ

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

ຂ້າພະເຈົ້າຂໍຢືນຢັນວ່າ ຂໍ້ຄວາມທີ່ໄດ້ຂຽນມາຂ້າງເທິງນີ້ ລ້ວນແລ້ວແຕ່ເປັນຄວາມຈິງທຸກປະການ. ຖ້າບໍ່ມີຂໍ້ມູນທີ່ບໍ່ກົງກັບຄວາມຈິງຂ້າພະເຈົ້າຈະຮັບຜິດຊອບຄວາມຜິດຕາມລະບຽບກົດໝາຍ.

ທີ່....., ວັນທີ...../...../.....

ເຊັນເຈົ້າຂອງຊີວະປະຫວັດ

ລາຍການເອກະສານ
ສະເໜີ ຂໍ ຂຶ້ນທະບຽນ ແລະ ໃບອະນຸຍາດເຄື່ອນໄຫວວິຊາຊີບສາທາລະນະສຸກ
(ສໍາລັບຄົນລາວ)

- | | | |
|--|----------------------|--------------------------|
| 1. ຄໍາຮ້ອງ | 01 ສະບັບ (ມີຮ່າງໃຫ້) | <input type="checkbox"/> |
| 2. ຊີວະປະຫວັດຫຍໍ້ | 01 ສະບັບ (ມີຮ່າງໃຫ້) | <input type="checkbox"/> |
| 3. ໃບຢັ້ງຢືນບ່ອນເຮັດວຽກ | 01 ສະບັບ (ມີຮ່າງໃຫ້) | <input type="checkbox"/> |
| 4. ໃບຢັ້ງຢືນທີ່ຢູ່ປະຈຸບັນ | 01 ສະບັບ | <input type="checkbox"/> |
| 5. ໃບຢັ້ງຢືນສຸຂະພາບ (ບໍ່ເກີນ 3 ເດືອນ) | 01 ສະບັບ | <input type="checkbox"/> |
| 6. ສໍາເນົາບັດປະຈຳຕົວ ຫຼື ສໍາມະໂນຄົວ | 01 ສະບັບ | <input type="checkbox"/> |
| 7. ໃບແຈ້ງໂທດ (ເລກທີ 03) | 01 ສະບັບ | <input type="checkbox"/> |
| 8. ສໍາເນົາປະກາສະນິຍະບັດ ແລະ ໃບຄະແນນເພສັດຊະກອນ | 01 ສະບັບ | <input type="checkbox"/> |
| 9. ສໍາເນົາບັດພະນັກງານບໍານານ ຫຼື ໃບອະນຸຍາດຮັບບໍາເນັດ | 01 ສະບັບ | <input type="checkbox"/> |
| 10. ຮູບຂະໜາດ 3 x 4 (ພື້ນສີຂາວ, ຖ່າຍບໍ່ເກີນ 6 ເດືອນ) | 03 ໃບ | <input type="checkbox"/> |
| 11. ສໍາເນົາໃບປະກອບວິຊາຊີບເພສັດຊະກໍາເບື້ອງຕົ້ນ (ສໍາລັບຜູ້ທີ່ຜ່ານການສອບເສັງ) | 01 ສະບັບ | <input type="checkbox"/> |

ໝາຍເຫດ: ສໍາລັບຜູ້ທີ່ສໍາເລັດການສຶກສາຈາກຕ່າງປະເທດ

1. ໜັງສືຢັ້ງຢືນສໍາເລັດການສຶກສາຈາກຕ່າງປະເທດ ຂອງກະຊວງສຶກສາທິການ ແລະ ກິລາ
2. ສໍາເນົາໃບຄະແນນ



ຟອມລົງທະບຽນອອນລາຍ



ກວດເບິ່ງລາຍຊື່ອອນລາຍ



ສາທາລະນະລັດ ປະຊາທິປະໄຕ ປະຊາຊົນລາວ
ສັນຕິພາບ ເອກະລາດ ປະຊາທິປະໄຕ ເອກະພາບ ວັດທະນະຖາວອນ

ກະຊວງສາທາລະນະສຸກ

ສະພາຄຸ້ມຄອງວິຊາຊີບສາທາລະນະສຸກ

ໃບຢັ້ງຢືນບ່ອນເຮັດວຽກ

ຮຽນ: ທ່ານ.....

ເລື່ອງ: ຢັ້ງຢືນການເປັນພະນັກງານຂອງຜູ້ປະກອບວິຊາຊີບ

ຂ້າພະເຈົ້າ ທ້າວ/ນາງ..... ນາມສະກຸນ.....ວັນທີ/ເດືອນ/ປີ ເກີດ...../...../.....
 ບັດຈຸບັນຢູ່ບ້ານ.....ເມືອງ.....ແຂວງ.....
 ເບີໂທຕິດຕໍ່.....ບັດຈຸບັນເຮັດວຽກຢູ່.....ໜ່ວຍງານ.....
 ຕໍາແໜ່ງ.....ໜ້າທີ່.....

ຂໍຢັ້ງຢືນວ່າ ທ້າວ/ນາງ.....ນາມສະກຸນ.....ວັນທີ/ເດືອນ/ປີ ເກີດ...../...../.....
 ບັດຈຸບັນຢູ່ບ້ານ.....ເມືອງ.....ແຂວງ.....
 ບັດປະຈຳຕົວເລກທີ.....ສໍາມະໂນຄົວເລກທີ.....ເບີໂທຕິດຕໍ່.....
 ບັດຈຸບັນເຮັດວຽກຢູ່.....ໜ່ວຍງານ.....ຕໍາແໜ່ງ.....
 ໜ້າທີ່.....ຕັ້ງແຕ່ວັນທີ...../...../.....ຫາວັນທີ...../...../.....

ຂ້າພະເຈົ້າຂໍປະຕິຍານວ່າຂໍ້ມູນຂ້າງເທິງນີ້ແມ່ນຖືກຕ້ອງຕາມຄວາມຈິງທຸກປະການ, ຖ້າມີການບິດເບືອນຈາກຕົວຈິງ ຂ້າພະເຈົ້າຂໍ
 ຮັບໂທດຕາມກົດໝາຍ ແລະ ລະບຽບການ ຂອງ ສປປ ລາວ.

ດັ່ງນັ້ນ, ຈຶ່ງຮຽນສະເໜີມາຍັງທ່ານເພື່ອຮັບຮອງແບບຟອມຂໍຂຶ້ນທະບຽນ ແລະ ໃບປະກອບວິຊາຊີບສາທາລະນະສຸກຂອງຜູ້ກ່ຽວ
 ດ້ວຍ.

ທີ່....., ວັນທີ...../...../.....

ເຊັນຜູ້ຢັ້ງຢືນ

ໝາຍເຫດ: ເອກະສານສະບັບນີ້ມີອາຍຸການນໍາໃຊ້ເປັນເວລາ 3 ເດືອນ