全臺高中聖徒一週成全訓練報名表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | 中文 |  | 英文 |  （非中文音譯） |
| 身分證號 |  | 性別 |  弟兄□ 姊妹□ |
| 身高 |  公分 | 體重 |  公斤 | 血型 |  |
| 受浸日期 | 主後 年 月 日 | 出生日期 | 主後 年 月 日 |
| 就讀學校 | 學校： 科系（所）： 就學中□（升高 ） 畢業□ |
| 通信地址 | 郵遞區號（3+2碼）\_\_ \_\_ \_\_-\_\_ \_\_ |  | 電話：行動電話：FAX： |
| 電子信箱 |  |
| 戶籍地址 | 郵遞區號（3+2碼）\_\_ \_\_ \_\_-\_\_ \_\_ |  | 電話：FAX： |
| 目前在 召會（第 會所）聚會 |
| 家長對本人全時間的態度：同等心願□ 同意□ 反對□ 家長簽名：  |
| 全臺高中一週全時間訓練期間：自主後二０一七年七月十六日至七月二十二日中午止申請者簽名： 填表日期： |
| 長老推薦 | 1. 對於申請者之身體及精神狀況：
2. 其他特別情形（可能影響訓練）：
3. 申請者之屬靈情形：

長老簽名： 日期：  |
| 報名繳交資料：□報名表 □個人健康調查表  |
| 身分證影本正反面（無身份證者請貼健保卡）正面浮貼反面浮貼  | 審查結果： 通過□－正式□ 旁聽□ 原因： 不符□－原因：簽名： 主後2017年 月 日 |