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 | | | | | |