

어린이 비전스쿨 신청서

청 일	2018 월 일	부	
이 름			
생 년 월 일		성 별	
주 소	(우)		
연 락 처	집		
	이동통신		
	E-Mail		
학 교	학교	학년	반 번
출석 교회		전 화	
담당 교역자			
타선교훈련 여부			

보호자 동의서

		생년월일	
주소			
관 계		연락처	
위 어린이가 인터콥 어린이비전스쿨 훈련에 참여하는 것을 동의합니다			
보호자:			(인)