

어린이 비전스쿨 신청서

신청일	월 일	지부	
이름			
생년월일		성별	
주소			
연락처			
학교	학교	학년	반 번
출석교회		전화	
담당교역자			
타선교훈련 여부			

보호자 동의서

보호자명		생년월일	
주소			
관계		연락처	
<p>위 어린이가 인터콥 어린이비전스쿨 훈련에 참여하는 것을 동의합니다</p> <p style="text-align: right;">보호자: _____ (인)</p>			