

# Solicitud para Nuevos Estudiantes

## INFORMACIÓN PERSONAL

Nombre: *(Apellido, Nombre, Segundo Nombre)*

Nombre Preferido:

Fecha de Nacimiento:

Dirección:

*(Número y Calle)*

*(Apt #)*

*(Ciudad)*

*(Estado)*

*(Código Postal)*

Numero de Teléfono:

Correo Electrónico:

Nombre de Iglesia:

Oficio/Puesto en la Iglesia:

Credencial Obtenida de las A/D:

Certificado

Licencia

Ordenación

Localidad de Estudio:

Bakersfield

Condado de Orange

Fresno

## EDUCACIÓN

Universidad/Instituto

Ciudad/Estado

Fecha de Graduación

Diploma Recibido

## FIRMA Y CUOTA DE MATRICULA

**Cuota de Matricula:**

La cuota para matricularse a la Escuela de Ministerio es de **\$50.00** y no es reembolsable. Esto asegurará que usted será parte del programa de reembolso y que recibirá toda información pertinente a sus estudios.

**Firma:**

*Yo certifico que la información provista en esta aplicación esta, a mi conocimiento, correcta.*

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## USO DE OFICINA SOLAMENTE

Cantidad Pagada: \_\_\_\_\_  Cheque # \_\_\_\_\_  Efectivo  Crédito  Online Fecha Procesado: \_\_\_\_\_

**SOCAL ESCUELA DE MINISTERIO**

17951 COWAN, IRVINE, CA 92614 | (949) 252-8400 | ESCUELA@SOCALNETWORK.ORG | WWW.SOCALSCHOOLOFMINISTRY.ORG