

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

Fillmore

Fresno

EDUCACIÓN

Universidad/Instituto

Ciudad/Estado

Fecha de Graduación

Diploma Recibido

FIRMA Y CUOTA DE MATRICULA

Cuota de Matricula:

La cuota para matricularse en el Colegio 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 COLEGIO DE MINISTERIO

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