



**ข้อมูลศิษยาภิบาล**       บิดา    มารดา

ศจ.    คศ.    ศบ. (ชื่อ-สกุล) ..... อายุ.....ปี

เป็น  ศิษยาภิบาล    ผู้ช่วยศิษยาภิบาล    รองศิษยาภิบาล    รักษาการศิษยาภิบาล

ประจำคริสตจักร .....จังหวัด.....สังกัดภาคที่.....

สถานที่ตั้งของคริสตจักร เลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ถนน ..... ตรอก/ซอย ..... ตำบล .....

อำเภอ ..... จังหวัด ..... หมายเลขโทรศัพท์.....

ลงชื่อ.....ผู้ขอรับทุน

(.....)

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ.....

ยื่นใบสมัครขอรับทุนการศึกษาได้ที่ งานทุนการศึกษา สำนักพัฒนานักศึกษา อาคารพันธกร ห้อง 103 โทร. 0-5385-1478-86 ต่อ 7832