**ใบสมัครสมาชิก ศ.ส.พ. (สำหรับคริสตจักร)**

แบบฟอร์ม 1.1

ศูนย์ส่งเริมพัฒนาผู้นำ (ศ.ส.พ.) 23 ถ.อำมาตย์ ต.ในเมือง อ.เมือง จ.ขอนแก่น 40000

วันที่ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ด้วยคณะกรรมการคริสตจักร \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ มีมติเมื่อ วันที่ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ เห็นชอบที่จะเปิดศูนย์การเรียน ศ.ส.พ. ในคริสตจักรของเรา และขอสมัครเป็นสมาชิก ศ.ส.พ. โดยยินดีที่จะปฏิบัติตามระเบียบและขั้นตอนการพัฒนาฝึกอบรมผู้นำของ ศ.ส.พ. ทุกประการ พร้อมกันนี้ ได้ส่งค่าสมัครสมาชิกคริสตจักรแรกเข้า (ตามจำนวนสมาชิก)

⬜ 500 บาท (สมาชิก 1-25 คน) ⬜ 1,000 บาท (สมาชิก 26-100 คน) ⬜ 2,000 บาท (สมาชิก 101 คน ขึ้นไป)

⬜ ได้ส่งค่าเปิดศูนย์ใหม่ ศูนย์ละ 1,000 บาท \_\_\_\_\_ศูนย์ X 1,000 บาท = \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_บาท

**โดยวิธีการ** ⬜ เงินสด มอบให้แก่ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ต้องเป็นเจ้าหน้าที่ของ ศ.ส.พ. หรือ ผู้ประสานงานภาคเท่านั้น) ⬜ ธนาณัติ (สั่งจ่ายในนาม **ศูนย์ส่งเสริมพัฒนาผู้นำ**)  
 ⬜ โอนเงินเข้าบัญชี วันที่โอน \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**(ชื่อบัญชี ศูนย์ส่งเสริมพัฒนาผู้นำ เลขที่บัญชี 405-0-83889-3 ธนาคารกรุงไทย สาขา ขอนแก่น)***\*เมื่อโอนเงินแล้วกรุณาโทรแจ้งเจ้าหน้าที่หรือแนบเอกสารการชำระเงินมาพร้อมกับใบสมัครด้วย*

**ลงชื่อ**

ผู้นำคริสตจักร ชื่อ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ลายเซ็น (..............................................) โทร \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

กรรมการ ชื่อ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ลายเซ็น (..............................................) โทร \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

กรรมการ ชื่อ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ลายเซ็น (..............................................) โทร \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ข้อมูลเกี่ยวกับคริสตจักร**

ชื่อคริสตจักร \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ สังกัด \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ผู้นำคริสตจักรมีฐานะเป็น ⬜ ศิษยาภิบาล ⬜ ผู้ปกครอง

ที่อยู่คริสตจักร เลขที่ \_\_\_\_\_\_\_\_ หมู่บ้าน \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ตำบล \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ อำเภอ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ จังหวัด \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ รหัส \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ โทร. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ อีเมล์: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**สำหรับเจ้าหน้าที่ ศ.ส.พ. เท่านั้น**  เอกสารครบถ้วน

วันที่ได้รับใบสมัคร\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ได้รับเงินถูกต้อง

ผู้รับ/ตรวจสอบ\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ลงชื่อ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_วันที่ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_