FORMA PARA

Continuar como Director/a

ASAMBLEA APOSTÓLICA DE LA FE EN CRISTO JESÚS

Nombre: Apellido Nombre Segundo Nombre

Dirección: Calle Cuidad Estado Código postal

Información de Contacto: Teléfono Correo electrónico

Pastor Iglesia Asistiendo desde

Completar este formulario verifica que solicito continuar como Director del Instituto Bíblico de _____.

Nombre del Estudiante Firma del Estudiante Fecha

Las siguientes firmas verifican que _____ (nombre del solicitante) tiene permiso para continuar sirviendo por un año adicional como Director del Instituto Bíblico de _____.

Nombre del Pastor Firma del Pastor Fecha

Nombre del Obispo Firma del Obispo Fecha

EXCLUSIVAMENTE PARA USO OFICIAL

Esta solicitud ha sido revisada por los funcionarios designados para el patrocinio.

☐ **Aprobado/a**

☐ **No Aprobado/a**

Obispo Secretario de Educación Cristiana Decana de CBAI Fecha