صفحه: ------

جمع کل پرداختی: _____ £

تاریخ‌های پرداختی: / /

/ /

/ /

فرم ثبت‌نام کنفرانس تابستان ۲۰۱۹

شورای کلیساهای ایرانی همگام

مشخصات مسئول ثبت‌نام

نام کامل: _____ **شمارهٔ تماس:** _____ **مقام کلیسایی:** _____

نام شهر: _____ **نام کلیسا:** _____ **نام شبان / رهبر:** _____

شماره	نام کامل	سن	جنسیت	محدودیت غذایی	معلولیت	موبایل	مبلغ پرداختی

شماره	نام کامل	سن	جنسیت	محدودیت غذایی	معلولیت	موبایل	مبلغ پرداختی