

**Youth With A Mission 318 Sydney AUSTRALIA**

**◇ 신청서 작성을 위한 안내 ◇** 

아래의 서류를 완전히 구비하여 제출하시되, 해당되지 않는 항목은 N/A 라고 표기하여 주십시오.

1. **신청서 및 자기소개서** (홈페이지에서 작성 후 바로 전송)   
   질문에 대해서 구체적이며 솔직하게 기록해서 제출하십시오
2. **신청비** 신청서류와 함께 신청비 개인 AU$50, 부부 AU$80을 내십시오
3. **추천서** (홈페이지 APPLY NOW 메뉴에서 추천서 클릭 후 작성하실 수 있습니다)

소속교회 목사 1부, 현 사역 리더나 교회리더 1부, 친구 1부 등 각각 추천을 받아

총 3부의 추천서가 제출되어야 합니다.

※ 추천서는 추천자들이 작성하여 직접 발송토록 하십시오.

1. **건강기록부**

서류에 명시된 질문들에 대해서 정확하게 기록하여서 제출하되 결핵과 간염에 대해서는

의사의 진단을 받아야 합니다. 그 결과는 서류에 확인을 받아 기록하거나, 병원(보건소)의 진단서를 별도로 첨부하십시오.

1. **사진** 6개월 이내에 촬영된 여권사진 1매

* **접수마감일은 안내문을 참조하셔서 필히 엄수하여 주십시오.**
* **한 번 제출된 서류는 1년 동안 유효하며, 일체 반환하지 않습니다.**
* **접수비는 1회에만 한하고, 건강진단서는 1년 유효합니다.**
* **면접일자는 지원서 접수 후 개인적으로 통보해 드릴 것입니다.**
* **기타 자세한 내용이나 문의사항이 있으면 070-7885-1132, ywam318@hanmail.net로 문의하시기 바랍니다.**

**건·강·기·록·부**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **다음 사항들에 대해서 정확하게 기록하여 주시기 바랍니다.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **성 명** | |  | | | | | | | **주민등록번호** | | | | |  | | | | | |
| **주 소** | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **전화번호(집)** | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 여행자 의료보험이 가입되어 있습니까? □ 예 □ 아니오 **(출국전 여행자보험가입은 본인책임입니다.)**  의료보험 가입 번호  의료보험혜택범위 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **비상시 연락처** | | 성 명 | | | | |  | | | | 관 계 | | | |  | | | | |
|  | | 주 소 | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
|  | | 전화번호 | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **개인 건강 기록**(만일 음성인 경우에는 그에 따른 설명을 빈칸이나 별지에 기록하여 주십시오.) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | 예 | 아니오 |  |  | | 예 | | 아니오 | |  |  | | | 예 | 아니오 |  |  |
|  | 피부질환 | | □ | □ |  | 심장병 | | □ | | □ | |  | 황달 | | | □ | □ |  |  |
|  | 눈병 | | □ | □ |  | 고혈압 | | □ | | □ | |  | 간장염 | | | □ | □ |  |  |
|  | 귓병 | | □ | □ |  | 저혈압 | | □ | | □ | |  | 장염 | | | □ | □ |  |  |
|  | 머리부상 | | □ | □ |  | 류마티스 | | □ | | □ | |  | 잦은 설사 | | | □ | □ |  |  |
|  | 두통 | | □ | □ |  | 척추이상 | | □ | | □ | |  | 당뇨병 | | | □ | □ |  |  |
|  | 간질 | | □ | □ |  | 관절염 | | □ | | □ | |  | 신장병 | | | □ | □ |  |  |
|  | 정신질환 | | □ | □ |  | 탈골 | | □ | | □ | |  | 빈혈 | | | □ | □ |  |  |
|  | 허약증 | | □ | □ |  | 위장병 | | □ | | □ | |  | 성병 | | | □ | □ |  |  |
|  | 무기력증 | | □ | □ |  | 요도염 | | □ | | □ | |  | 종양, 암 | | | □ | □ |  |  |
|  | 불면증 | | □ | □ |  | 수술 | | □ | | □ | |  | 여성해당사항 | | | | |  |  |
|  | 호흡곤란 | | □ | □ |  | 맹장염 | | □ | | □ | |  | 부정기적생리주기 | | | □ | □ |  |  |
|  | 천식 | | □ | □ |  | 방광염 | | □ | | □ | |  | 심한 생리통 | | | □ | □ |  |  |
|  | 알레르기(구체적) | | □ | □ |  | 장수술 | | □ | | □ | |  | 생리과다 | | | □ | □ |  |  |
|  | 졸도 | | □ | □ |  | 편도선제거 | | □ | | □ | |  | 임신경험 | | | □ | □ |  |  |
| **앓고 있는 다른 질병이 있습니까?** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **현재 의사의 진료를 계속적으로 받고 있는 부분이 있습니까?** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **계속적으로 복용하고 있는 의약품이 있습니까? 있다면 무엇입니까?** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **알레르기 반응을 나타내는 특정 의약품이 있습니까? 있다면 무엇입니까?** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **정신질환 이나 정서불안으로 치료를 받은 적이 있습니까?** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **신체장애 부분이나 특별한 주의를 요하는 신체부분이 있습니까?** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **지금의 건강 상태는 어떻다고 생각하십니까?** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □ 아주 좋다 □ 좋은 편이다 □ 좋지 않은 편이다 □ 아주 안 좋다 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 체중 | | Kg | | | | | 혈액형 | | | | | O, A, B, AB, +or- | | | | | | | | |
| **다음의 전염성 질환을 앓은 적이 있습니까?** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | |  |  | | |  |  | | | | | | |  | | |  | |  |
|  |  | |  |  | | |  |  | | | | | | |  | | |  | |  |
|  |  | | 예 | 아니오 | | |  |  | | | | | | | 예 | | | 아니오 | |  |
|  | 수두 | | □ | □ | | |  | 백일해 | | | | | | | □ | | | □ | |  |
|  | 풍진 | | □ | □ | | |  | 성홍열 | | | | | | | □ | | | □ | |  |
|  | 홍역 | | □ | □ | | |  | 결핵 | | | | | | | □ | | | □ | |  |
|  | 유행성 이하선염 | | □ | □ | | |  | 다른 질병 | | | | | | | □ | | | □ | |  |
|  |  | |  |  | | |  |  | | | | | | |  | | |  | |  |
|  |  | |  |  | | |  |  | | | | | | |  | | |  | |  |
| **다음 중 가족 가운데서 앓았거나 앓고 있는 질병이 있습니까?** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | |  |  | | |  |  | | | | | | |  | | |  | |  |
|  |  | |  |  | | |  |  | | | | | | |  | | |  | |  |
|  |  | | 예 | 아니오 | | |  |  | | | | | | | 예 | | | 아니오 | |  |
|  | 결핵 | | □ | □ | | |  | 관절염 | | | | | | | □ | | | □ | |  |
|  | 당뇨병 | | □ | □ | | |  | 위장병 | | | | | | | □ | | | □ | |  |
|  | 신장병 | | □ | □ | | |  | 천식 | | | | | | | □ | | | □ | |  |
|  | 심장병 | | □ | □ | | |  | 간질 | | | | | | | □ | | | □ | |  |
|  | 고혈압 | | □ | □ | | |  | 암 | | | | | | | □ | | | □ | |  |
|  |  | |  |  | | |  |  | | | | | | |  | | |  | |  |
|  |  | |  |  | | |  |  | | | | | | |  | | |  | |  |
| **예방 접종** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | |  | |  | | | |  | |  | | |  | | |  | | |  |
|  |  | | 기본접종 | | | | | | | | | | 기본접종 | | | | | | |  |
|  |  | | 년도 | | | 년도 | | | | 년도 | | | 년도 | | | 년도 | | | 년도 |  |
|  | 디프테리아 | |  | | |  | | | |  | | |  | | |  | | |  |  |
|  | 파상풍 | |  | | |  | | | |  | | |  | | |  | | |  |  |
|  | 백일해 | |  | | |  | | | |  | | |  | | |  | | |  |  |
|  | 소아마비 | |  | | |  | | | |  | | |  | | |  | | |  |  |
|  | 풍진 | |  | | |  | | | |  | | |  | | |  | | |  |  |
|  | 홍역 | |  | | |  | | | |  | | |  | | |  | | |  |  |
|  | 유행성이하선염 | |  | | |  | | | |  | | |  | | |  | | |  |  |
|  |  | |  | |  | | | |  | |  | | |  | | |  | | |  |
|  |  | |  | |  | | | |  | |  | | |  | | |  | | |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **결핵 및 간염에 대한 진단을 받으셔서 의사의 확인을 받으십시오.**  (진단서를 별도로 첨부하셔도 됩니다. 건강기록부에 철해서 제출해 주십시오.) | | | | | | |
|  |  |  |  | |  |  |
|  | 진단방법 | 일자 | 결과 | | Examination facility |  |
|  | X-ray |  |  | |  |  |
|  | 혈액검사 |  |  | |  |  |
|  | BCG접종 |  |  | |  |  |
|  |  |  |  | |  |  |
|  |  |  | |  | |  |
|  | 결핵 검사 결과 |  | |  | |  |
|  | 간염 검사 결과 | 항체 | |  | |  |
|  |  | 항원 | |  | |  |
| 위와 같이 검사하였음을 증명합니다.  일 자 년 월 일  담당의사성명 인  병 원 명:  주 소: | | | | | | |

YWAM318 열방대학 서약서

(YWAM318 U of N SCHOOL Pledge)

1. 본인은 YWAM Sydney 318열방대학에서 실시하는 훈련학교의 입학이 허락될 경우 입학전까지 훈련비 전액을 완불 할 것이며, 만약 그렇지 못 할 경우 훈련학교 책임자와 상의한 후 약속한 방법대로 완불 할 것을 서약합니다.
2. 본인은 훈련기간 동안에 필요한 모든 개인적인 비용과 본인의 과실로 인한 사고, 손실, 피해에 대해서 본인이 직접 책임질 것을 서약합니다. 훈련기간 동안 발생한 불의의 사고(부상, 사망 등) 및 질병에 대해 학교에서 직접적인 책임을 지지 않습니다.
3. 본인은 훈련학교 입학 허가를 받기 위하여 제출한 신청 서류의 사실대로 기록했음을 서약합니다.
4. 본인은 훈련학교 전 과정(강의, 전도여행)을 수행하는데 있어서 신체적, 정서적으로 이상이 없음을 서약합니다.
5. 만약 훈련 학교 입학이 허락될 경우 본인은 훈련 학교의 모든 일정과 제반 규칙을 전적으로 준수하며 위반 시에는 학교측의 어떠한 조치도 감수할 것을 이에 서약합니다.

**20 년 월 일**

**신청자 성명 인**



“여호와여 주의 장막에 유할 자 누구오며 주의 성산에 거할 자 누구오니이까...

그는 그 마음에 서원한 것은 해로울지라도 변치 아니하며...”(시 15:1,4)