臺灣福音工作全時間訓練二○二六年春季訓練報名表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | 中文 |  | 英文 | （非中文音譯） （姓氏） | 性別 | 弟兄□ 姊妹□ | 兒童班□ |
| 出生日期 | 主後 年 月 日 | 受浸日期 | 主後 年 月 日 |
| 最高學歷 | 學校： 科系（所）： 畢業□（已附畢業證書影本□） 　肄業□ |
| 職場經歷 | 曾在職 年 參訓前任職公司 職稱  |
| 戶籍地址 | □ □ □ | 是否住過弟兄姊妹之家 | □是，＿＿年□否 |
| 通信地址 | □ □ □ | 手機：Gmail（必填）： |
| 家庭狀況 | 未婚□ 訂婚□ 已婚□ | 配偶姓名 |  | 年齡： 配偶職業： |
| 家長對本人全時間的態度：同等心願□ 　同意□ 反對□配偶對本人全時間的態度：同等心願□ 　同意□ 反對□ |
| 扶養親屬人位：1. 2. 3. |
| 緊急事故聯絡人： | (家中) 電話： |
| (召會) 電話： |
| 目前在 召會（ 　 會所）聚會；由 召會（ 　 會所）推薦參訓 |
| 召會服事 | 曾經服事之項目： 現在服事之項目： |
| 心願 | 一年訓練□ 兩年訓練□ 海外開展□ 一生全時間□ (可複選) |
| 受訓期間生活需用 | 1. 自己有積蓄或固定收入□ （2）有親友供給生活費用：全部□ 局部□

（3）願意接受 召會（ 會所）供給：全部□ 局部□ |
| 第一年全時間訓練期間：自主後二○二六年二月初至二○二六年十二月中申請者簽名：　　　　　　　　　　填表日期： |
| 長老推薦 | 1. 對於申請者之身體及精神狀況：
2. 其他特別情形（可能影響訓練）：

3.申請者之屬靈情形：（請翻至背面填寫訓練報名者情況調查表） |
| 身分證影本正反面（海外聖徒附護照影本） 浮 貼 | 負責弟兄簽名：年 月 日 |
| 福音工作照顧者簽名：年 月 日 |
| 審查結果(以下由訓練教師填寫)： 通過□－正式□ 旁聽□ 原因： 不符□－原因： |
| 訓練教師簽名：年 月 日 |

長老推薦—報名者情況調查表

您對下列問題的回答，將使我們對這位報名者有更好的了解與服事，敬請圈選下列數列中合適的號碼。

|  |
| --- |
| 1. 報名者已過一年召會生活的參與：  |
| 很少參加/少許興，只有最近有轉變 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 　　　是召會的力量；　　　分賜生命，積極服事 |
|  |
| 2. 報名者的真理認識： |
| 基本真理的認識很少 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 　　　顯出聖經和基本真理　　　有強的認識 |
|  |
| 1. 報名者的配搭能力：
 |
| 單獨，堅持己見，常與別人爭吵 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 　　　與人良好相處，　　　尊重年長（幼）者 |
|  |
| 1. 報名者的服事態度：
 |
| 缺少目標，逃避服事 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 　　　非常有能力，　　　負責、值得信託 |

5. 您是否確定這位報名者已經取得畢業證書？並讀過至少兩遍新約、一遍舊約？

6. 這位報名者是否正在交往？若有，請簡述。

7. 這位報名者是否知道在訓練及休假期間關於接觸異性上的限制？並且是否知道當其違反規定時，訓練將會有所處置？

8. 您是否能確認這位報名者在其訓練期間，能遵守訓練關於接觸異性上的限制？

9. 您是否確定這位報名者（弟兄）在參訓期間沒有兵役上的問題？

10. 請您提供關於這位報名者更多的訊息，幫助我們對這位報名者有更好的了解與服事。

長老或負責弟兄簽名： (聯絡手機：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_； 電郵：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

服事者簽名： 推薦召會： 日期：

個人健康基本資料

姓名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　召會：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　B/S：＿＿＿＿＿

身高：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿公分 體重：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿公斤

一、您是否有任何生理條件（包括暫時或永久性）的限制會影響訓練？

 □是，原因：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　部位：＿＿＿＿＿＿＿＿＿

 影響程度：□日常生活可完全自理

 　 □日常生活可部分自理

 □否

二、您是否動過手術？

 □是，原因：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　部位：＿＿＿＿＿＿＿＿＿

 復原程度：□完全沒有後遺症

 □有一些後遺症，如：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

 □否

三、您是否有法定傳染病（例如：瘧疾、肺結核、B型肝炎…）？

 □是，請說明：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

 □否

四、您是否曾接受B型肝炎豫防注射？

□是，打過幾劑？

□否，原因：＿＿＿(1)本身已有抗體　(2)尚未感染病毒，體內也無抗體　(3)本身是帶原者

五、您是否有對任何藥物過敏？

 □是，請說明：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

 □否

六、您是否有對任何食物過敏？

 □是，那些食物：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

 □否

七、個人疾病史？

 □高血壓 　□腎病 　□高膽固醇 □心血管疾病 　□氣喘

 □糖尿病 　□肺病 　□B型肝炎 　□消化性潰瘍 □甲狀腺機能亢進

 □牙周病 　□痛風 　□脊椎側彎 　□心律不整 □慢性鼻炎

 □貧血 　 □癲癇 　□常腰酸背痛 □過敏性鼻炎

 □車禍意外，有無後遺症？＿＿＿＿＿＿＿ 　□其他＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

八、家族疾病史？

 □高血壓 　□高膽固醇 　□心血管疾病 　□糖尿病 　 □攝護腺肥大

 □結核病 　□中風 　□肝炎 　 □癌症：\_\_\_\_\_\_\_癌 　□其他：\_\_\_\_\_\_

九、您是否曾看過身心科門診？

 □沒有，沒有這方面的需要

 □曾想過，但未成行

 1. 您的困擾是甚麼？\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 2. 您如何解決？

 □與弟兄姊妹交通

 □自己找相關資訊（如：《張老師月刊》，心理系列叢書…等）

 □尋求心理諮商（心理輔導機構或人員）

 □其他：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 3. 根據第2題，您滿意嗎？

 □非常滿意，再也不受攪擾 　 □還可以，暫時不受影響

 □很好，大部分問題都解決了 　　 □沒有改善

 □有（醫院，科診，醫師）\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 1. 您的症狀是甚麼？\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 2. 醫生給您的診斷？\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 3. 您接受甚麼治療？\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 □藥物：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　□其他：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 □晤談：幾次？＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

 4. 您的現況？（是否定期回診、持續服藥？）

　　　　　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

　　　　　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

十、您的血親親屬中，有類似或其他身心問題的困擾嗎？

 稱 謂 主 要 症 狀 醫 師 診 斷 存 歿

\_\_\_\_\_\_\_　　　\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_　　　\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_　　　\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_

十一、 1. 您是否會對某些對象（如：醫師）、動物（如：狗、老鼠）、行動（如上台演講）、特殊處境（如人群眾多的空間中，黑暗狹小的空間，坐飛機，打針）發生過分恐懼現象？

 □是，在何種情況下 。請續答第二題。

 □否

 2. 您是否會心跳呼吸短促、出冷汗、四肢發抖等生理現象，而且企圖逃避引起恐懼的對象或處境？

 □是 　□否

十二、您是否會在沒有生命危險的處境下反覆性發生恐慌狀態（三週內至少三次以上），如極端不安、焦慮、恐慌且附帶呼吸短促困難、心跳加快、出汗、發抖、頭暈~~、怕死或怕發瘋~~等現象？

 □是　　　　　　　　　　□否

十三、您是否有強迫性思想（反覆出現某一想法或衝動，揮之不去，如擔心污染）或強迫性行為（為減少某一想法所引起的不安，如反覆洗手）重覆發生，無法控制，而影響平常生活？

 　□是　　　　　　　　　　□否

十四、您是否會呈現極端高興，閒不下來，說話滔滔不絕，有時有誇大妄想，食慾增加、非常熱情等情緒，以及睡眠需求減少，至少連續一週之久？

* 是 □否

十五、您是否會情緒低落、悲觀、消極，作任何事都提不起興趣來，行動遲緩，常常坐着發呆，變得沈默寡言，思考缺少活力，食慾減低，失眠，至少連續兩週之久？

* 是 □否

十六、您是否覺得自己在身心或情感方面有其他情形，可能會影響訓練？請簡述。

十七、您的睡眠狀況／體力如何？

　□在有空調的房間無法入睡 □需要很長時間的睡眠（大於10小時） □入睡困難

　□我愈來愈容易疲倦 　 □不管我作任何事，都容易疲倦　　　　□易醒

　□早醒（無法再入睡） 　 □我身體太虛弱以致無法作任何事　　　□早上醒來總是疲累

　□其他睡眠障礙：

若有，請說明：(1)發生原因或在何種情況下發生　(2)發生頻率　(3)症狀持續多久

(4)嚴重程度　(5)現在是否還有（請務必詳細填寫）

十八、您是否曾服用助眠藥物？

□是，原因：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　□現在仍持續服用。

 □否

十九、您是否曾有以下症狀？若有，請說明：

(1)發生原因或在何種情況下發生　(2)發生頻率 (3)症狀持續多久　(4)嚴重程度

(5)現在是否還有（請務必詳細填寫）

1. 皮膚：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

□紅疹　□腫塊　□不明原因搔癢　□顏色改變　□頭髮和指甲有異常

□臉部潮紅或蒼白

1. 頭部：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

□頭痛　□暈眩（暈車、暈船除外）□頭部外傷　□頭部有壓迫感　□其他

1. 頸部：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

□僵硬　□異常腫大　□甲狀腺腫大　□疼痛　□移動、轉動困難　□其他

1. 眼：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

□眼瞼下垂　□眼球凸出　□燒灼感　□視力突然模糊（持續數分鐘或更久）

□複視 □畏光　　　□其他

1. 耳：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

□滲出不明液體　□感染　□疼痛　□耳鳴　□突然聽力減弱或完全聽不到

□耳部有異常突起或腫塊　□其他

1. 鼻：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

□鼻竇炎 □嗅覺喪失 □習慣性流鼻血 □過敏性鼻炎　□其他

1. 口腔：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

□牙齦出血　□舌頭有異常或傷口　□唇部有潰瘍、白斑　□疼痛　□味覺異常

□口乾（卽便喝彀多的水）　　　　□其他

1. 喉嚨：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

□喉嚨痛　□聲音嘶啞　□吞嚥困難　□失聲（發不出耳語以外的聲音）

□其他

1. 呼吸系統：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

□咳血　　□氣喘　　　□慢性支氣管炎　　　　□肺炎　　　□肺氣腫

□肺結核　□呼吸急促　□呼吸困難（有窒息感）□其他

1. 心肺系統：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

□胸悶或胸痛　□心悸　　□心跳加快　□心跳減慢　□心律不整　□心雜音

□靜脈曲張　　□靜脈炎　□其他

1. 消化系統 ：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

□胃食道逆流　　□噁心　 □吐血　□食慾不佳　□食道灼熱痛 □黃膽

□消化不良　　　□腹脹 　□嘔吐　□吞嚥困難　□大便出血　 □腹瀉（經常發生）

□飲食習慣改變　□胃痛　　□黑便 □排便習慣改變或異常

□十二指腸潰瘍　□胃潰瘍 □肝炎 □便祕（三天以上未排便） □其他

1. 泌尿系統：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

□解尿困難　□泌尿器官絞痛　□多尿　 □夜尿　□寡尿（24小時內少於400ml）

□尿道感染 □尿失禁□血尿　□茶色尿　□頻尿（間隔小於一小時）

□尿路結石 □解尿時會痛　 □蛋白尿（尿液很多泡沬）　□其他

1. 骨骼肌肉系統：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿□虛弱　□疼痛　□僵硬　□行動困難　□扭傷　□拉傷　□腰酸背痛　□關節炎

□痛風　□其他

1. 神經系統：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

□動作協調困難 □暈眩　 □四肢震顫 　 □手腳麻木或刺痛（壓太久除外）

□類似癲癇發作　 □神經痛　 □肌肉萎縮 □大小便控制不良

□肌肉無力但無癱瘓（無法舉起或搬動平時能作的）　□其他\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. 內分泌系統：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

□甲狀腺疾病　□糖尿病　□體重減輕（六個月內減輕十公斤以上） □抽筋

□冷熱失調 □多尿　 □體重增加（六個月內增加十公斤以上） □其他

1. 血液系統：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

□貧血　□容易因碰撞而瘀血或凝血時間過長　□曾接受輸血

1. 其他症狀：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

□昏倒（意識不清）　□是否有其他身體不適的症狀？

1. 婦科問題（弟兄免填）：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

□月經不規則　□月經量過多　□停經（連續二次以上不來）

□非經期有類似經血的分泌　 □經痛：□可正常作息 □需臥床休息 □需服用藥物

1. 您害怕在訓練中心，身體那一點可能會搆不上？

* 緊急事故時應通知：

姓名：　　 　　　　　 關係：

地址：　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　電話：

『…願你們的靈、與魂、與身子得蒙保守…』（帖前五23中）