



Aplicación para Registración al Curso de Estudio

Distrito Colorado Ministry Board

Nombre: _____ Fecha: _____
 Dirección: _____
 Telefono(____) _____ CorreoElectrónico: _____
 Iglesia Local: _____

Curso de Estudio

Elder
 Deacon [indicate emphasis] _____
 Lay Ministry [indicate emphasis] _____

Información de licencia ministerial

Año del la primera licesncia del Ministro Local _____
 Transferencia de otro Distrito (Nombre del Distrito): _____

Se requiere un Diploma de secundaria o GED para comenzar el Curso de estudio. ¿Qué posees?
 Diploma de secundaria
 GED

Método de preparación

Nazarene Bible College
 College/University----
 Name: _____
 Nazarene Theological Seminary
 Centro de Entrenamiento del Distrito

Motivo para seleccionar este método: _____

Combination of Methods of Preparation
 [por favor explique] _____

Aprobación del pastor local: _____ Fecha: _____

 (Firma)

Enviar a:

Colorado District Office
 Church of the Nazarene
 12021 Pennsylvania Street #206
 Thornton, CO 80241

E-Mail to: CoNazarene@conazarene.org

Más información:

Dr. Kevin Compton
 720-977-9066 ext 21

kcompton@conazarene.org