

二〇一六年全臺高中聖徒一週成全訓練通啟

為培育主恢復中的青少年成為新一代的忠信服事者，看見神建造的異象並受榮耀異象管制並支配，在為人上以基督作人位，在隱藏的生命中過扎根的生活，並使他們在職事、真理、生命、事奉、性格、身體生活、心志上得著裝備，特舉辦特本次全臺高中聖徒一週成全訓練。盼望藉此訓練，使這些青少年聖徒看見榮耀的異象和正確的為人，以基督作一切並得著基督，好被成全以承接主的託付，轉移這個時代。

壹、日期：七月十七日（主日）下午二時至四時報到，至七月二十三日（週六）中午結束。

貳、訓練地點：

一、新竹市召會仁愛會所（新竹市仁愛街 68 巷 3 號 TEL：03-5326383 轉 402）

二、台南市召會裕忠路會所（臺南市東區裕和路 197 號 TEL：06-3317300）

參、資格：有心接受成全的高中聖徒（以應屆國三畢業生為主體，並且不接受高三畢業生的報名）。

肆、報名方式：

一、填妥(1)訓練報名表及(2)個人健康調查表（請於臺灣眾召會全球資訊網站 <http://www.recovery.org.tw> 下載），並須經家長同意及長老簽名推薦後，由各照顧區統一報名，並於五月十五日前，郵寄至臺南市召會「全臺高中聖徒一週成全訓練服事者收」。

一、逾期將不受理報名。

二、參加人數限額 150 位，請儘速完成報名：

照顧區	臺北市	新北市	桃園	竹苗	臺中	彰投	雲嘉	臺南	高屏澎	花蓮	臺東
名額	40	22	14	14	11	8	5	10	15	7	4
參訓地點	臺南	新竹	臺南	臺南	新竹	新竹	新竹	新竹	新竹	臺南	新竹

伍、費用：每人二千五百元，請以照顧區為單位，將報名費匯款至參訓地點所在召會，匯款後請將該帳號末 5 碼及匯款人姓名與聯絡電話、所屬召會（會所），以及活動名稱，傳真至該召會，並致電告知服事財務聖徒。

一、新竹市召會：郵局(代號 700)，戶名：財團法人臺灣省新竹市教會聚會所，帳號：0061066-0240981。傳真號碼：03-5422922。(財務：蘇曉琳姊妹；0928-412241)

二、臺南市召會：合作金庫府城分行(代號：006)，戶名：財團法人臺灣省臺南市教會聚會所，帳號：5229-717-307360。傳真號碼：06-3317300。(財務：黃彩虹姊妹；0982-823818)

陸、若有任何問題，請聯絡服事總管：

新竹市召會陳聖典弟兄（TEL：0912-305954，e-mail：solomonchen1970@gmail.com）

臺南市召會吳豐吉弟兄（TEL：0921-224261，e-mail：epaphraswu0126@gmail.com）

新竹市召會與臺南市召會負責弟兄們 同啟
主後二〇一六年三月四日

全臺高中聖徒一週成全訓練報名表

姓名	中文	英文	(非中文音譯)
身分證號			性別 弟兄 <input type="checkbox"/> 姊妹 <input type="checkbox"/>
身高	公分	體重	公斤 血型
受浸日期	主後 年 月 日	出生日期	主後 年 月 日
就讀學校	學校: 科系(所): 就學中 <input type="checkbox"/> (升高) 畢業 <input type="checkbox"/>		
通信地址	郵遞區號 (3+2 碼) -----	電話: 行動電話:	
電子信箱			FAX:
戶籍地址	郵遞區號 (3+2 碼) -----	電話: FAX:	
目前在 召會 (第 會所) 聚會			
家長對本人全時間的態度: 同等心願 <input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 反對 <input type="checkbox"/>			
家長簽名:			
全臺高中一週全時間訓練期間: 自主後二〇一六年七月十七日至七月二十三日中午止			
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: <div style="text-align: right;">長老簽名: 日期:</div>		
報名繳交資料: <input type="checkbox"/> 報名表 <input type="checkbox"/> 個人健康調查表			
身分證影本正反面 (無身份證者可貼健保卡)		審查結果:	
<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; width: 100px; margin: 0 auto;">正面浮貼</div> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; width: 100px; margin: 0 auto;">反面浮貼</div>		通過 <input type="checkbox"/> - 正式 <input type="checkbox"/> 旁聽 <input type="checkbox"/> 原因: 不符 <input type="checkbox"/> - 原因: 簽名: 主後 2016 年 月 日	

全臺高中聖徒一週成全訓練 個人健康調查表

姓名：_____ B/S：_____

一、您是否有任何身體的殘障：

- 是：原因：_____ 部位：_____
影響程度：日常生活可完全自理 日常生活可部份自理
- 否

二、您是否動過手術：

- 是：病因：_____ 部位：_____
復原程度：完全沒有後遺症 有一些後遺症，如_____
- 否

三、您有沒有法定傳染病（例如：瘧疾，肺結核，B 型肝炎.....）

- 是：請說明：_____
- 否

四、您是否曾接受 B 型肝炎預防注射？

- 是，打過幾劑？
- 否，原因：(1)本身已有抗体(2)尚未感染病毒，體內也無抗体，(3)本身是帶原者

五、您有沒有對任何藥物過敏：

- 是：請說明：_____
- 否

六、您有沒有對任何食物過敏：

- 是：那些食物：_____
- 否

七、個人疾病史：

- | | | | | | |
|--------------------------------|---|--------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 高血壓 | <input type="checkbox"/> 腎病 | <input type="checkbox"/> 高膽固醇 | <input type="checkbox"/> 心血管疾病 | <input type="checkbox"/> 氣喘 | <input type="checkbox"/> 糖尿病 |
| <input type="checkbox"/> 肺病 | <input type="checkbox"/> B 型肝炎 | <input type="checkbox"/> 消化性潰瘍 | <input type="checkbox"/> 甲狀腺機能亢進 | <input type="checkbox"/> 牙周病 | <input type="checkbox"/> 痛風 |
| <input type="checkbox"/> 脊椎側彎 | <input type="checkbox"/> 心律不整 | <input type="checkbox"/> 慢性鼻炎 | <input type="checkbox"/> 過敏性鼻炎 | <input type="checkbox"/> 貧血 | <input type="checkbox"/> 癲癇 |
| <input type="checkbox"/> 常腰酸背痛 | <input type="checkbox"/> 車禍意外，有無後遺症？_____ | | | <input type="checkbox"/> 其他_____ | |

八、家族疾病史：

- | | | | | |
|------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 高血壓 | <input type="checkbox"/> 高膽固醇 | <input type="checkbox"/> 心血管疾病 | <input type="checkbox"/> 糖尿病 | <input type="checkbox"/> 攝護腺肥大 |
| <input type="checkbox"/> 結核病 | <input type="checkbox"/> 中風 | <input type="checkbox"/> 肝炎 | <input type="checkbox"/> 癌症_____癌 | <input type="checkbox"/> 其他_____ |

九、您曾看過精神科門診嗎？

- 沒有，沒有這方面的需要
- 曾想過，但未成行
1. 您的困擾是什麼？_____
 2. 如何解決？
與弟兄姊妹交通
自己找相關資訊（張老師月刊，心理系列叢書等）
尋求諮商（心理輔導機構或人員，如張老師、生命線等）
其它_____
 3. 根據 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. 您的症狀是什麼？_____
 2. 醫生給您的診斷？_____

3. 您接受什麼治療？

藥物：_____ 其他：_____

唔談：幾次？_____

4. 您的現況？ _____

十、1. 您是否會對某些對象（如蛇、狗、醫師）、某些行動（如上台演講）、某些特殊處境（如被關在電梯裏，坐飛機、黑暗...）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

十一、您會否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、出汗、發抖、頭暈、怕死或怕發瘋等現象？

是 否

十二、您有否強迫性思想衝動或行為重覆發生，無法控制，而影響平常生活。

是 否

十三、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，至少連續一週之久？

是 否

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

是 否

十五、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 易醒 不管我做任何事，都容易疲倦

早醒（無法再入睡） 我身體太虛弱以致無法做任何事 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） _____

十六、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）

皮膚紅疹

頭痛

暈眩（暈車、暈船除外）

眼睛紅腫或畏光

耳鳴

習慣性流鼻血

喉嚨痛

咳嗽

發燒

呼吸急促或困難（有窒息感）

心悸或心律不整

胸悶或胸痛

食慾不佳

噁心、嘔吐

急性腹瀉

胃痛

類似癲癇發作

貧血

容易瘀青

昏倒（意識不清）

其他身體不適的症狀？ _____

婦科問題（弟兄免填） _____

您害怕在訓練中心，您身體那一點可能會構不上？ _____

★ 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）