



INSTITUTO BÍBLICO SALVADOREÑO
MISIÓN CENTROAMERICANA

FORMULARIO DE REGISTRO DEL/A ESTUDIANTE

Nombre Completo: _____

Fecha de nacimiento: Día ____ Mes _____ Año _____

Iglesia donde se congrega: _____

MCA ____ Tabernáculo ____ Bautista tradicional ____ Asambleas de Dios ____
Otra ____

Dirección personal:

Números de contacto Tel casa: _____ Celular:

E-mail: _____ (*por favor, escríbalo exacto y con buena letra, diferenciando mayúsculas, minúsculas, números y símbolos*)

Nombre del pastor de su iglesia:

Teléfono del pastor: _____ Tel. de la iglesia: _____

¿Cuántos años tiene de ser cristiano? _____

¿Cuántos años tiene de ser bautizado? _____

Ministerios que realiza y ha realizado en la iglesia:

Estudios que ha realizado (*marque los que ha realizado*):

1° a 3° ___ 4° a 6° ___ 7° a 9° ___ Bachillerato ___ Universidad o
Técnico ___

Estudios Bíblicos-Teológicos ___ ¿En cuál
institución? _____

Año y mes que ingresó al IBS:

Al inscribirme en el Instituto Bíblico Salvadoreño acepto su declaración doctrinal, por medio de mi firma:

FIRMA Y NOMBRE: _____