



KELENGKAPAN DOKUMEN PENDAFTARAN Program Sertifikat "Intermissio"

Berilah tanda cek (✓) jika Anda telah melampirkan dokumen-dokumen berikut:

- Formulir Pendaftaran Program Sertifikat "Intermissio"
- Surat Keterangan dari Gereja atau Lembaga Pelayanan
- Lembar Keterangan Kesehatan
- Pasfoto berwarna ukuran 4x6 sebanyak 1 lembar
- Foto/scan KTP

Berkas pendaftaran dapat diemail ke intermissio@sttaa.ac.id atau dikirim ke:

Kepala Program Sertifikat "Intermissio"

Jl. Kedoya Raya No. 18
Jakarta Barat, DKI Jakarta 11520
Indonesia
Telp. +62 21 5835 7685
WhatsApp. [+62 8222 1111 377](https://wa.me/6282221111377)

Biaya Program Sertifikat "Intermissio"

1. Biaya program : Rp 5.000.000,-
2. Akomodasi dan Konsumsi : Rp 5.000.000,-
3. *Field Trip (optional)* : ditentukan kemudian

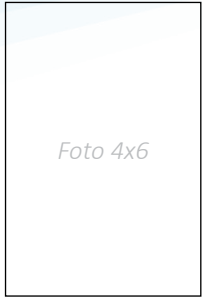
Catatan: Rincian biaya ini adalah untuk sepanjang program (10 minggu). STT Amanat Agung berhak sewaktu-waktu melakukan penyesuaian biaya-biaya dimaksud di atas apabila diperlukan. Peserta program dapat menggunakan fasilitas kampus.

Pembayaran dapat dilakukan via transfer ke nomor rekening
BCA cab. Green Garden, Jakarta a/c 2533.200.800 a/n Yayasan Amanat Agung Indonesia.



**FORMULIR PENDAFTARAN
Program Sertifikat Intermissio**

Foto 4x6



Data Pribadi

Jenis Kelamin

1. Nama Lengkap (*Sesuai Akta Lahir*) : L P
2. Tempat/Tanggal Lahir : /
3. Warganegara :
4. NIK (WNI) : Nomor Paspor (WNA):
5. Alamat :
Kota/Provinsi : Kode Pos:
6. Nomor Telepon Rumah : HP:
7. Alamat *e-mail* :
8. Dalam keadaan darurat, orang tidak serumah yang bisa dihubungi
Nama : HP:
9. Status Pernikahan : Menikah Tidak Menikah
10. Keanggotaan Gereja :

Riwayat Pelayanan

Gereja Tempat Pelayanan	Jabatan/Posisi	Periode Pelayanan
		s/d
		s/d
		s/d
		s/d

Saya menyatakan bahwa semua keterangan di atas dibuat dengan sebenarnya.

tanda tangan di sini

(_____)

Calon Peserta



KETERANGAN KESEHATAN

Diisi oleh Dokter

Jenis Kelamin

Nama Calon Peserta : L P
Tempat/Tanggal Lahir : / Usia: tahun
Alamat :
Kota/Provinsi : Kode Pos:
Hasil Pemeriksaan :

Area	Normal/Abnormal	Keterangan
Kepala/EENT		
Penglihatan		
Pendengaran		
Respiratory		
Cardiovascular		
Gastrointestinal		
Musculoskeletal		
Kulit		
Metabolik/Endocrine		
Evaluasi Mental		

1. Apabila ada hasil tes laboratorium atau diagnosis yang agak kabur, mohon berikan penjelasan.
2. Apakah calon peserta menderita alergi? Kalau ada, silakan didaftarkan.



3. Apakah calon peserta memerlukan tindakan pengobatan selama mengikuti program? Bila ya, silakan didaftarkan.
4. Apakah calon peserta memiliki keterbatasan atau disabilitas fisik? Bila ada, silakan dijabarkan.
5. Daftarkan catatan kesehatan yang pernah dialami (termasuk operasi, diabetes, sakit jantung, sakit syarat, tuberculosis, atau penyakit menular lain).
6. Apakah ada rekam kesehatan yang diperkirakan akan membuat calon peserta tidak dapat mengikuti program?
7. Silakan berikan tambahan temuan yang perlu untuk diperhatikan.

tanda tangan di sini

(_____)
Nama Lengkap Dokter Pemeriksa

Catatan:

Data dalam formulir ini hanya dipakai untuk keperluan admisi.