Hope Sight Mission Association (Vision Blind Center)
1029 S. Normandie Ave. Los Angeles, CA 90006 Tel. 213.480.8560 Fax 213.480.0766

비전 시각장애인센터후원 및 자원봉사 신청서

DATE:

이 름 (Name)	영문 (English)	성 별 (Sex)	남 (M): ( )
	한글 (Korea)		여 (F): ( )
생 년 월 일 (Birth Date)	월(M): 일(D): 년(Y):		
섬기는 교회 및 단체 : (Church or Organization)			
주 소 (Address)	Street: City: State: Zip Code		
전 화 번 호 (Telephone)	Home: Work: Cell: E-Mail		

내가 할 수 있는 후원 분야 (Support)

자원봉사	재정지원	물품지원	내가 잘 하는 일
기도: ( ) 운전: ( ) 음식: ( ) 교사: ( )	매월약정:($) 분 기 별: ($) 일 시 불: ($) 기 타:( )	식료품: 소모품: 기 타:	

* 자원봉사 가능한 시간 (Date& Time)	오 전 am	오 후 pm
	(~)	(~)

어떻게 알고 오셨는지요	라디오 코리아	신 문	이웃 소개	기 타