

Living Stream Ministry

2431 W. La Palma Ave., / Anaheim, CA 92801
P.O. Box 2121 / Anaheim, CA 92814 / U.S.A.

2011년 11월 21일

교회들의 장로들께 2012년 봄학기 안내문 애너하임 전시간 중년 훈련 (다중 언어)

전시간 중년 훈련(다중 언어)의 스무번째 학기를 마쳤음으로 인해 주님께 감사드립니다. 미국과 푸에르토-리코, 브라질, 캐나다, 중국, 콜롬비아, 영국, 이스라엘, 한국, 말레이시아, 뉴질랜드, 필리핀, 스웨덴, 대만 등의 여러 나라에서 온 성도들이 지난 학기의 훈련에 참여하였습니다. 각기 다른 인종과 국적과 언어에도 불구하고 훈련생들은 한 새 사람의 섞임과 실재의 분위기 속에서 온전케 되어가고 있습니다.

FTTA-MA (애너하임 중년 전시간 훈련)은 각각 15주로 이루어진 두 학기 동안, 총 1년간 모든 수업이 이루어집니다. 중년 훈련의 2012년 봄 학기는 2012년 3월 12일에 시작해서 2012년 6월 23일에 마칩니다. 훈련 수업과 일정은 중년 성도들의 특정한 필요를 채우기 위해 준비되었습니다. 수업은 영어, 중국어, 한국어, 스페인어로 제공됩니다. 우리는 주님의 회복 안에 있는 35 세와 65 세 사이의 많은 성도들이 이번 기회를 붙잡아 온전케 되기를 소망합니다. 기타 자세한 것은 첨부한 자료를 참고하시기 바랍니다. 모든 훈련 신청서는 2012년 2월 13일까지 애너하임 전시간 중년 훈련 사무실에 제출하셔야 합니다.

리빙 스트림 미니스트리
애너하임 중년 전시간 훈련

애너하임 전시간 중년 훈련 안내

일자: 2012년 3월 12일(월) 부터 6월 23일(토) 까지.

- 등록마감:**
1. 필요한 의료 양식을 포함한 모든 지원서는 2012년 2월 13일까지 훈련 사무실에 제출되어야 합니다.
 2. 입훈이 허락된 이들에게는 전자우편으로 통지될 것입니다.
 3. 훈련에 관한 자세한 사항은 입훈 통지서에 제공될 예정입니다.

장소: 사역과 특별집회 센터(MCC)

Living Stream Ministry Campus, 2431 W. La Palma Ave., Anaheim, CA 92801

자격: 교회 생활 안에 있는 35세부터 65세 사이의 형제 자매들로서 신체와 정신이 건강하고 장로들의 추천을 받은 이들.
성도들의 필요에 따라 단기 훈련으로 참석할 수 있음. (단기훈련은 최소 1주 이상 참여할 때 가능함)

숙소: 요청이 있을 경우 형제들과 자매들 개인별로 훈련에서 숙소를 제공함. 결혼한 부부는 자녀를 동반하지 않고 부부 모두 훈련을 받을 경우에 훈련에서 안배한 숙소에 머무를 수 있음. 자녀를 동반한 부부는 거주할 집과 생활비를 감당할 수 있을 때 신청이 가능함. 남가주에 사는 훈련생은 본인의 집에서 통근할 수 있음.

교통 수단: 훈련생 스스로 마련하기를 권함.

복장: 형제들: 흰색 긴 소매의 셔츠, 넥타이, 긴 바지, 짙은 색 신발과 양말.

자매들: 정숙하고 온건하며 합당하고 적절한 옷을 입되 샌들은 불가하다. 훈련 수업 중 바지는 허용되지 않는다. 훈련 수업중 소매없는 블라우스와 바지는 불가하다.

의료 관련 1개월 이상 신청한 훈련생들에게 필요한 필수 의료 요구사항

요구사항

1. 훈련생들이 애너하임에 있는 동안 혜택을 받을 수 있는 의료보험 혹은 여행자 보험이 필요하며 반드시 훈련에 참여하는 첫날 이전에 정보가 제공되어야 함.
2. 건강 관련 질문지에 모두 답변을 하고 지원서와 함께 제출해야 함(홈페이지 www.fttamidage.org에서 다운로드)
3. 건강 진단서는 자격이 있는 의사가 작성해야 하며 지원서와 함께 제출해야 함(www.fttamidage.org에서 다운로드)

모든 훈련생들은 도착 전에 결핵검사 결과를 제출해야 합니다.

지원서를 제출하기 전까지 결핵 검사 결과를 제출할 필요는 없지만 애너하임에 도착하기 전까지는 반드시 제출해야 함. 결핵 검사를 마치기 전까지는 식사와 숙박등을 포함하여 훈련에 참여하는 것이 불가함.

대부분의 경우 결핵 검사는 피부반응검사로써 훈련 시작전 6개월 이내에 실시된 것이면 가능하지만, 피부 검사 상 양성일 경우는 반드시 흉부 x 선 검사를 마치고 방사선과 의사의 소견서를 영어로 제출해야 합니다. 피부 반응 검사는 48 시간이나 72 시간을 두고 두 차례 방문을 통해서 이루어지며 흉부 x 선 검사 결과는 최소한 일주일일 필요합니다. 지원자는 예상하지 못하는 지연상황이 발생할 것을 감안해야 합니다.

과거에 결핵 피부 반응 검사가 양성이었을 경우에는 피부반응검사를 다시 할 필요는 없습니다. 그럴 경우에는 훈련이 시작하는 날로부터 1년 이내의 흉부 x 선 검사 결과면 충분합니다.

결핵 검사 요구조건이 흉부 x 선 검사로 충족되었을 경우 소견서는 반드시 방사선과 의사가 영어로 작성한 것이어야 합니다. 방사선과 의사 이외의 의사가 흉부 x 선 결과를 정상이라고 소견서를 작성한다해도 충분하지 않다는 것을 주지하시기 바랍니다. 또한 훈련에 참여하는 첫날 의료 인터뷰를 할 때 흉부 x 선 검사 결과를 지참하거나 전자 파일 형태로 medical@ftta.org 로 보내야 합니다. 그러나 가능하다면 전자 파일로 보내주시기 바랍니다.

또 다른 검사방법은 혈액 검사입니다. 혈액 검사의 한 가지 장점은 과거에 때는 흉부 x 선 검사를 하지 않아도 됩니다. 그러나 혈액검사는 피부반응 검사보다 더 고액이며 대체로 행하는 검사방법이 아닙니다.

피부 반응 검사 혹은 x 선 검사나 혈액 검사가 필요 없는 경우는 두 가지 입니다. 하나는 이전에 결핵에 감염되었지만 완전히 치료를 받아서 현재 기침이나, 피로감이나, 밤중에 땀을 흘리거나 체중 감소가 없는 경우입니다. 다른 경우는 결핵 예방 주사를 다 맞은 경우입니다(이것은 보통 6개월에서 9개월 동안 이루어집니다.) 이 두 가지 경우에는 치료 증명서를 영어로 제출해야 합니다.

지원자들은 B 형 간염에 대한 혈액 검사를 하도록 특별히 추천합니다. 검사 결과가 음성이라면 B 형 간염 면역주사를 반드시 접종해야 합니다.

비용: 전시간 훈련생 US \$2400달러 (매학기 15주 동안, 숙식 포함) 또는 매주에 \$160달러
 US \$160달러/매주(숙식 포함)
 단기 훈련생: US \$900달러 (전학기 15주 동안, 숙식 포함되지 않음) 또는 매주에
 통학 훈련생: \$60달러 (숙식 포함되지 않음)
 개인 잡비: 이상의 비용에 포함되지 않음

비용지불 수표 수취인을 LSM으로 적으시고, 아래의 주소로 우송바람:
 Living Stream Ministry
 Middle-age training
 2431 W. La Palma Ave.,
 Anaheim, CA 92801

훈련비용 지불 방법:
 선택 1: 2012 년 3월 12일에 전액 지불
 선택 2: 4주 마다 지불 (3/12/2012, 4/9/2012, 5/7/2012, 6/4/2012)(처음 3번 640달러, 마지막 480 달러)
훈련 일정: 수업 과목: 월요일, 7:00PM - 9:00 PM
 화요일 부터 금요일, 9:00AM - 2:30 PM
 수요일, 7:30 - 9:30 PM
 복음 봉사: 금, 토 저녁-이웃 어린이 집회와 교회의 소그룹 집회
 토-복음방문과 돌봄
 주일-주님의 상 집회와 신언 집회 참석

연락처: **Middle-age Full-time Training office:** 714-236-6027; Office Fax: 714-236-6029
 Mailing Address: P. O. Box 2121, Anaheim, CA 92814, U.S.A.
 Email Address: Midage@ftta.org
 Web Site: www.fttamidage.org

영어

David Koo:
 dkoo@ftta.org

Rick Scatterday:
 rscatterday@ftta.org

중국어

Samuel Liu :
 chenshiliu@yahoo.com

Hermon Chang:
 hermonc@yahoo.com

한국어

김 달런 (Jasper Kim): 714-776-9838
 jaspkim@gmail.com

백 병관 (Ezra Paik): 714-345-1079
 ezra1200@gmail.com

스페인어

Victor Molina:
 VMolina@ftta.org

Walter Ortiz:
 walter@lsm.org

통역: 영어권 이외의 모든 훈련생들에게 FM 라디오와 헤드폰이 필요함.

보충 신상 정보

이름: _____

날짜: _____

1. 자기 소개:

(결혼, 가족, 직장, 건강 등과 언제 어떻게 구원받았는지, 구원받은 후의 교회 생활과 집회 생활에 대해 간략히 기술하십시오.)

2. 훈련에 참석하는 이유?

3. 중년 훈련에 대한 기대:

4. 생명 실행, 진리 추구, 하나님께서 정하신 길의 실행:

매일 아침 부흥 : _____ 예 _____ 아니요

매일 성경 읽기 : _____ 예 _____ 아니요

매일 개인 기도 : _____ 예 _____ 아니요

복음 전파 : _____ 예 _____ 아니요

새신자 목양 : _____ 예 _____ 아니요

소그룹 집회 참석: _____ 예 _____ 아니요

주일 집회 신언 : _____ 예 _____ 아니요

읽기를 마친 라이프스타디 목록: _____

기타: _____

형제/자매 _____ 을/를 위한 장로 추천서
(작성하여 장로들이 우송함)

아래 질문들에 대한 장로 여러분의 응답은 해당 훈련생을 더 잘 이해하고 돕는데 사용됩니다. 여러분의 응답이 훈련 신청자를 훈련에서 거절하는 것으로 사용되지는 않습니다. 다음 질문들에 해당되는 번호에 동그라미 표시(0)를 기입하시기 바랍니다.

1. 지난 몇 년 동안 신청자의 교회 참여 정도:

1 2 3 4 5

거의 참여하지 않음;
무관심; 최근에야
돌이켰음

교회에 힘이 됨; 생명을
공급함; 활동적으로
봉사함.

2. 신청자의 진리에 대한 지식 정도:

1 2 3 4 5

성경을 철저히 읽어 본
적이 없음; 기본 진리에
대한 이해가 별로 없음

성경과 기본 진리에 대한
지식이 많음을 보여주었음.

3. 신청자가 다른 사람들과 함께 일하는 능력정도:

1 2 3 4 5

단독적인 사람,
혹은 다른 사람과 자주
다투거나 싸우는 사람.
자신의 방식을 고집함

다른 이들과 함께 일을
잘함. 연장자나 연하자
모두를 존중함.

4. 신청자의 일하는 태도:

1 2 3 4 5

목표가없음.
일하기를 싫어함.

매우 성취력이 있음.
책임감이 있고 신뢰할
만함

5. 신청자는 훈련 기간 동안과 휴가 중에 이성과의 접촉을 제한하는 규정을 이해하고 있습니까?
신청자는 이 규정을 어기면 징계 조치가 있음을 이해하고 있습니까?
6. 신청자가 훈련기간 동안 이성과의 접촉을 제한하는 규정을 지킬 수 있다고 확신합니까?
7. 우리가 훈련하면서 신청자를 더 잘 이해하고 섬기는 데 도움이 되는 정보가 있다면 알려주시기 바랍니다.

장로들의 서명: _____ 일자: _____
연락처: _____

서명: _____ 이메일 _____
주소: _____

(만일 질문이 너무 개인적인 것이라고 느낀다면 그 항목은 그냥 넘어가시고 의사와 사적으로 의논해도 됩니다.)

중년 훈련 FTTA

훈련생 건강 질문서

기밀 문서(confidential)

성명 : _____ 전화번호 : _____

팩스/전자우편: _____

나이 : _____ 성별 : _____ 인종 : _____ 생년월일 : _____

교회명 : _____ 국적: _____

어떤 질문이나 자세히 답할 것이 있으면 이 질문서의 맨 끝에 써 주십시오.

- 1. 최근에 전체적인 건강이 좋으며 전염병에 걸리지 않았습니까? 예 아니오
- 2. 어떤 약에 대한 알러지가 있습니까? 예 아니오
- 3. 어떤 음식에 대한 알러지가 있습니까? 예 아니오
- 4. 어떤 곰팡이나 꽃가루나 흡입성분에 대한 알러지가 있습니까? 예 아니오
- 5. 어떤 만성 질환이 있습니까? 예 아니오
- 6. 당신에게는 어떤 육신적인 기능장애가 있습니까? 예 아니오
- 7. 규칙적으로 어떤 약을 먹고 있습니까? 예 아니오
- 8. 수술을 한 적이 있습니까? 예 아니오
- 9. 아직 해보지 않은 진찰이나 치료를 해보라는 의사의 충고를 받은 적이 있습니까? (예를 들어, 만성 기침에 대한 흉부 X-레이, 탈장에 대한 수술) 예 아니오
- 10. 다음 질환을 앓은 적이 있습니까?
 - 위궤양 예 아니오
 - 결핵..... 예 아니오
 - 간염..... 예 아니오
 - 심장질환..... 예 아니오
 - 신장질환..... 예 아니오
 - 암..... 예 아니오
 - 고혈압..... 예 아니오
 - 신경쇠약..... 예 아니오
 - 천식..... 예 아니오
 - 다른 중병..... 예 아니오
- 11. 몸이나 정신에 병이 있어 입원한 적이 있습니까? 예 아니오
- 12. 지난 3년 이내에 담배나 술이나 습관성 마약을 사용한 적이 있습니까? 예 아니오

담배를 자주 피웠다면, 몇 년간 하루에 몇 갑씩 피웠습니까? _____
- 13. 중상을 입어 본 적이 있습니까? (채찍에 맞음, 뇌진탕, 골절상) 예 아니오
- 14. 지난 3년 이내에 신체 검사를 한 적이 있습니까? 예 아니오

했다면 검사한 일자와 이유와 결과는? _____
- 15. 지난 3년 이내에 흉부 X선 검사를 한 적이 있습니까? 예 아니오

했다면 검사한 일자와 이유와 결과는? _____
- 16. 한 해에 감기에 걸리는 횟수는? (3 회 이상 3 회나 그 이하)
- 17. 작년에 당신의 건강 때문에 학교나 직장에 1 주 이상 빠진 적이 있습니까? 예 아니오
- 18. 지난 3년간 건강 때문에 학교나 직장에 1 달 이상 빠진 적이 있습니까? 예 아니오
- 19. 지난 3년간 규칙적으로 운동을 했습니까? 예 아니오
- 20. 당신이 10 분간 할 수 있는 운동의 수준은?

달리기 _____ 속보 _____ 걷기 _____ 기타 _____
- 21. 5 명의 다른 이들과 함께 방을 나누어 쓰는 것에 대해 염려가 되십니까? 예 아니오
- 22. 문화적인 충격으로부터 오는 문제가 염려 되십니까? 예 아니오

예방 접종 기록

접종/검사 내역

접종 일자

파상풍, 디프테리아		지난 10년 이내여야 함	
A형 간염	1차	2차	
B형 간염	1차	2차	3차
결핵 검사(피부반응)	일자	양성 반응이었을 경우 결과	흉부 X선 검사 결과:
홍역, 이하선염, 풍진	1차	2차	

한 항목이라도 예방 접종을 하지 않았거나 결핵 피부 반응 검사를 하지 않은 경우에 아래의 공란에 그 이유를 설명해 주시기 바랍니다.

예방 접종을 하지 않은 경우 이유를 설명해주시기 바랍니다.

- a) 과거에 접종했었고 현재 보균자입니다.
- b) 과거에 접종했었고 현재 면역을 가지고 있습니다.
- c) 어떤 상태인지 모릅니다. 전부 접종하지는 않았습니다.(혈액 검사로 면역 상태를 구분할 수 있습니다.)

현재 다음과 같은 문제들이 있습니까 ?

- | | | |
|-----------------------------------|---|-----|
| 23. 최근 5 파운드나 그 이상의 체중 변화 | 예 | 아니요 |
| 24. 치통..... | 예 | 아니요 |
| 25. 잇몸이 붉거나, 붓거나, 쉽게 피가 남..... | 예 | 아니요 |
| 26. 때우거나 뽑거나 의치를 할 필요가 있는 치아..... | 예 | 아니요 |
| 27. 두통..... | 예 | 아니요 |
| 28. 물체가 돌로 보임..... | 예 | 아니요 |
| 29. 현기증이나 졸도..... | 예 | 아니요 |
| 30. 녹내장..... | 예 | 아니요 |
| 31. 콧물이 나거나 목이 따가움..... | 예 | 아니요 |
| 32. 만성 축농증..... | 예 | 아니요 |
| 33. 비출혈(코피)..... | 예 | 아니요 |
| 34. 귓병..... | 예 | 아니요 |
| 35. 청력감퇴..... | 예 | 아니요 |
| 36. 갑상선 질병..... | 예 | 아니요 |
| 37. 선(腺)의 비대(뭉울, 혹은 가래뿔)..... | 예 | 아니요 |
| 38. 3주 이상의 기침이나 피 섞인 가래..... | 예 | 아니요 |
| 39. 천식, 혹은 숨 쉴 때 색색거리..... | 예 | 아니요 |
| 40. 폐의 다른 문제..... | 예 | 아니요 |
| 41. 흉통..... | 예 | 아니요 |
| 42. 심장 잡음..... | 예 | 아니요 |
| 43. 손의 부종(붓는 것)..... | 예 | 아니요 |
| 44. 밤에 가위눌려 깬..... | 예 | 아니요 |
| 45. 숨이 참(운동시가 아닌데도)..... | 예 | 아니요 |
| 46. 복통..... | 예 | 아니요 |
| 47. 오심, 구토..... | 예 | 아니요 |
| 48. 가슴 앓이..... | 예 | 아니요 |
| 49. 지나친 트립이나 방귀..... | 예 | 아니요 |
| 50. 설사..... | 예 | 아니요 |
| 51. 변비..... | 예 | 아니요 |

Middle-age Full-time Training in Anaheim 2431 W. La Palma Ave., Anaheim, CA 92801 Tel/Fax: (714) 236-6027/236-6029

Website: www.fttamidage.org; E-mail address: midage@ftta.org

52. 배변 습관의 변화	예	아니요
53. 배변시 통증이 있음.....	예	아니요
54. 배변시 피가 나옴.....	예	아니요
55. 목에 음식이 걸리는 것 같은 느낌.....	예	아니요
56. 삼키기가 어려움.....	예	아니요
57. 배뇨시 통증.....	예	아니요
58. 혈뇨.....	예	아니요
59. 잦은 배뇨(하루에 6 회 이상이거나 밤에 1 회 이상).....	예	아니요
60. 오줌줄기가 가느다랗거나 똑똑 떨어짐.....	예	아니요
61. (남성만 해당됨) 음경으로부터의 분비물.....	예	아니요
62. 부부생활의 문제.....	예	아니요
63. 정맥류.....	예	아니요
64. 관절통.....	예	아니요
65. 걸을 때 다리나 엉덩이가 아픈데 쉬면 경감됨.....	예	아니요
66. 점의 색깔이나 크기의 변화.....	예	아니요
67. 점에서 피가 남.....	예	아니요
68. 3 주나 그 이상동안 낫지 않는 부스럼.....	예	아니요
69. 피부색의 변화.....	예	아니요
70. 잦은 피부 감염이나 종기.....	예	아니요
71. 다른 피부병.....	예	아니요
72. 피부 속의 몽우리.....	예	아니요
73. 빈혈.....	예	아니요
74. 응혈.....	예	아니요
75. 쉽게 멍듦.....	예	아니요
76. 수술이나 부상 후의 출혈 지연.....	예	아니요
77. 경련.....	예	아니요
78. 무력 혹은 마비.....	예	아니요
79. 밤에 잠 들기가 어려움.....	예	아니요
80. 밤에 자다가 깨면 다시 잠들기가 어려움.....	예	아니요
81. 정신과 치료를 받은 적이 있거나 정신과 의사를 만나보라는 충고를 받은 적이 있습니까?.....	예	아니요
82. 특별한 것에 대한 공포증(폐소 공포증 같은).....	예	아니요
83. 새로운 환경에 대한 적응 장애.....	예	아니요
84. 열이나 냉을 못견딤.....	예	아니요
85. 모자나 장갑 크기의 변화.....	예	아니요
86. 머리털 성장의 변화.....	예	아니요

여성만을 위한 질문(87 번-97 번)

87. 생리통 때문에 수업이나 직장 근무를 빠집니까 ?	예	아니요
88. 다음 생리 주기가 오기 전에 중간에 출혈이 있습니까 ?	예	아니요
89. 질 분비물이나 가려움증이 있습니까 ?	예	아니요
90. 자궁(경부)암 검사를 한 적이 있습니까 ? 있다면 검사 일자와 결과는 ?	예	아니요
91. 당신의 유방을 매달 점검 합니까 ?	예	아니요
92. 유방이나 겨드랑에 몽오리가 있습니까 ?	예	아니요
93. 유두에서의 분비물이 있습니까 ?	예	아니요
94. 첫 생리가 있었던 나이는 ? _____		
95. 아직도 생리를 합니까 ?	예	아니요
하지 않는다면 폐경된 나이는 ? _____세		

ANAHEIM 중년 전시간 훈련

신체 검사 서식 (기밀)

(면허가 있는 의사의 기재와 서명이 필요합니다.)

의사 선생님께 드리는 편지: 이 검사를 요구하는 목적은 지원자가 해당 프로그램에서 제공하는 일정 수준의 학문 연구와 지역 활동 등에 참여할 수 있는 건강 상태에 있는지의 여부에 대한 귀하의 의견을 얻기 위해서입니다.

환자 이름 _____ 전화번호 _____ 나이 _____ 성별 _____

1. 바이탈 사인: 혈압 ____/____ 심박동수 _____ 호흡률 _____. 체중 _____ 신장 _____

2. 일반 외모: _____

3. 머리, 귀, 눈, 코, 인후: _____

4. 목: _____

5. 허파: _____

6. 심장: _____

7. 복부: _____

8. 등: _____

9. 손발: _____

10. 피부: _____

11. 임파선관계: _____

12. 신경관계: _____

13. 정기적으로 먹는 처방약: _____

14. TB 테스트나 피 검사 (6 개월 이내): 테스트 날짜: _____ 결과: _____

양성인 경우, 흉부 x-선날짜: _____ 흉부 x-선 결과: _____

15. 임상병리실 시험결과 (시험 결과들이 6 개월 이내에 완료된 것을 꼭 확인해 주십시오.):

	정상 수준 이내	정상이 아닌 경우 설명
CBC		
전해액 검사과 금식 후 혈당 검사		
금식 후 지방 검사		
소변 검사		
EKG(심전도)		

(결핵이나 x 선 검사, 임상 병리실 시험, 심전도 검사 결과는 이 서식과 함께 제출해야 합니다. 내용은 영어, 혹은 영어와 한국어로 병기되어야 합니다.)

의사 서명 _____ 날짜: _____

의사 이름 _____ 전화번호: _____

주소: _____