

## Data Keluarga GKPB MDC Lippo Cikarang

Alamat:

No. Telp. Rumah:  Tanggal Pernikahan (DD/MM/YYYY) :

### SUAMI

Nama:

Panggilan:  Jenis Kelamin:  L  P

Tempat Lahir:  Tanggal Lahir (DD/MM/YYYY):

No. HP:  No. Telp. Kantor:

Pendidikan: SD  D3  Bidang Pekerjaan:  Gol. Darah:  A  B  AB  O  
SMP  S1  Kewarganegaraan:  Indonesia  Malaysia  Korea  Amerika  
SMA  S2   Other:

Baptis Selam:  DK:  HB:  E-mail :

Pelayanan\*:

KESAN:

### ISTRI

Nama:

Panggilan:  Jenis Kelamin:  L  P

Tempat Lahir:  Tanggal Lahir (DD/MM/YYYY):

No. HP:  No. Telp. Kantor:

Pendidikan: SD  D3  Bidang Pekerjaan:  Gol. Darah:  A  B  AB  O  
SMP  S1  Kewarganegaraan:  Indonesia  Malaysia  Korea  Amerika  
SMA  S2   Other:

Baptis Selam:  DK:  HB:  E-mail :

Pelayanan\*:

KESAN:

### ANAK 1

Nama:

Panggilan:  Jenis Kelamin:  L  P

Tempat Lahir:  Tanggal Lahir (DD/MM/YYYY):

No. HP:  No. Telp. Kantor:

Pendidikan: SD  D3  Bidang Pekerjaan:  Gol. Darah:  A  B  AB  O  
SMP  S1  Kewarganegaraan:  Indonesia  Malaysia  Korea  Amerika  
SMA  S2   Other:

Baptis Selam:  DK:  HB:  E-mail :

Pelayanan\*:

KESAN:

\* boleh diisi lebih dari 1

**ANAK 2**

Nama:	<input type="text"/>		
Panggilan:	<input type="text"/>	Jenis Kelamin:	<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> P
Tempat Lahir:	<input type="text"/>	Tanggal Lahir (DD/MM/YYYY):	<input type="text"/>
No. HP:	<input type="text"/>	No. Telp. Kantor:	<input type="text"/>
Pendidikan:	SD <input type="checkbox"/> D3 <input type="checkbox"/>	Bidang Pekerjaan:	<input type="text"/>
	SMP <input type="checkbox"/> S1 <input type="checkbox"/>		Gol. Darah: <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> AB <input type="checkbox"/> O
	SMA <input type="checkbox"/> S2 <input type="checkbox"/>	Kewarganegaraan:	<input type="checkbox"/> Indonesia <input type="checkbox"/> Malaysia <input type="checkbox"/> Korea <input type="checkbox"/> Amerika
		<input type="checkbox"/> Other:	<input type="text"/>
Baptis Selam:	<input type="checkbox"/>	DK: <input type="checkbox"/>	HB: <input type="checkbox"/>
		E-mail :	<input type="text"/>
Pelayanan*:	<input type="text"/>		
KESAN:	<input type="text"/>		

**ANAK 3**

Nama:	<input type="text"/>		
Panggilan:	<input type="text"/>	Jenis Kelamin:	<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> P
Tempat Lahir:	<input type="text"/>	Tanggal Lahir (DD/MM/YYYY):	<input type="text"/>
No. HP:	<input type="text"/>	No. Telp. Kantor:	<input type="text"/>
Pendidikan:	SD <input type="checkbox"/> D3 <input type="checkbox"/>	Bidang Pekerjaan:	<input type="text"/>
	SMP <input type="checkbox"/> S1 <input type="checkbox"/>		Gol. Darah: <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> AB <input type="checkbox"/> O
	SMA <input type="checkbox"/> S2 <input type="checkbox"/>	Kewarganegaraan:	<input type="checkbox"/> Indonesia <input type="checkbox"/> Malaysia <input type="checkbox"/> Korea <input type="checkbox"/> Amerika
		<input type="checkbox"/> Other:	<input type="text"/>
Baptis Selam:	<input type="checkbox"/>	DK: <input type="checkbox"/>	HB: <input type="checkbox"/>
		E-mail :	<input type="text"/>
Pelayanan*:	<input type="text"/>		
KESAN:	<input type="text"/>		

**ANAK 4**

Nama:	<input type="text"/>		
Panggilan:	<input type="text"/>	Jenis Kelamin:	<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> P
Tempat Lahir:	<input type="text"/>	Tanggal Lahir (DD/MM/YYYY):	<input type="text"/>
No. HP:	<input type="text"/>	No. Telp. Kantor:	<input type="text"/>
Pendidikan:	SD <input type="checkbox"/> D3 <input type="checkbox"/>	Bidang Pekerjaan:	<input type="text"/>
	SMP <input type="checkbox"/> S1 <input type="checkbox"/>		Gol. Darah: <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> AB <input type="checkbox"/> O
	SMA <input type="checkbox"/> S2 <input type="checkbox"/>	Kewarganegaraan:	<input type="checkbox"/> Indonesia <input type="checkbox"/> Malaysia <input type="checkbox"/> Korea <input type="checkbox"/> Amerika
		<input type="checkbox"/> Other:	<input type="text"/>
Baptis Selam:	<input type="checkbox"/>	DK: <input type="checkbox"/>	HB: <input type="checkbox"/>
		E-mail :	<input type="text"/>
Pelayanan*:	<input type="text"/>		
KESAN:	<input type="text"/>		

\* boleh diisi lebih dari 1

**ANAK 5**

Nama:	<input type="text"/>		
Panggilan:	<input type="text"/>	Jenis Kelamin:	<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> P
Tempat Lahir:	<input type="text"/>	Tanggal Lahir (DD/MM/YYYY):	<input type="text"/>
No. HP:	<input type="text"/>	No. Telp. Kantor:	<input type="text"/>
Pendidikan:	SD <input type="checkbox"/> D3 <input type="checkbox"/>	Bidang Pekerjaan:	<input type="text"/>
	SMP <input type="checkbox"/> S1 <input type="checkbox"/>	Gol. Darah:	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> AB <input type="checkbox"/> O
	SMA <input type="checkbox"/> S2 <input type="checkbox"/>	Kewarganegaraan:	<input type="checkbox"/> Indonesia <input type="checkbox"/> Malaysia <input type="checkbox"/> Korea <input type="checkbox"/> Amerika
		<input type="checkbox"/> Other:	<input type="text"/>
Baptis Selam:	<input type="checkbox"/>	DK:	<input type="checkbox"/>
		HB:	<input type="checkbox"/>
		E-mail :	<input type="text"/>
Pelayanan*:	<input type="text"/>		
KESAN:	<input type="text"/>		

**ANAK 6**

Nama:	<input type="text"/>		
Panggilan:	<input type="text"/>	Jenis Kelamin:	<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> P
Tempat Lahir:	<input type="text"/>	Tanggal Lahir (DD/MM/YYYY):	<input type="text"/>
No. HP:	<input type="text"/>	No. Telp. Kantor:	<input type="text"/>
Pendidikan:	SD <input type="checkbox"/> D3 <input type="checkbox"/>	Bidang Pekerjaan:	<input type="text"/>
	SMP <input type="checkbox"/> S1 <input type="checkbox"/>	Gol. Darah:	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> AB <input type="checkbox"/> O
	SMA <input type="checkbox"/> S2 <input type="checkbox"/>	Kewarganegaraan:	<input type="checkbox"/> Indonesia <input type="checkbox"/> Malaysia <input type="checkbox"/> Korea <input type="checkbox"/> Amerika
		<input type="checkbox"/> Other:	<input type="text"/>
Baptis Selam:	<input type="checkbox"/>	DK:	<input type="checkbox"/>
		HB:	<input type="checkbox"/>
		E-mail :	<input type="text"/>
Pelayanan*:	<input type="text"/>		
KESAN:	<input type="text"/>		

\* boleh diisi lebih dari 1