

## 《卫理神学院》申请入学须知

### \*神学系、宣教科和礼拜与音乐系\*

#### (A) 入学资格

申请者必须具备下列三项条件：

1. 重生得救、清楚蒙召献身于耶稣基督及主的教会，作传福音与牧养的工作。
2. 品行端正、身体健壮、刻苦耐劳、口齿清晰、文笔通顺及愿意过团体生活。
3. 拥有相关的学历以证明其有足够能力可以研读神学及吸收知识。

#### (B) 申请程序

1. 申请者必须填写一份本院的《入学申请表格》，同时要附寄：

✓	所需文件
	蒙恩见证一篇 (讲明你如何成为基督徒) (约一千字)
	蒙召见证一篇 (讲明你如何清楚神呼召你献身) (约一千字)
	身份证副本一份
	受洗证书副本一份
	入会证书副本一份
	相关毕业证书副本一份
	相关毕业成绩单副本一份
	近期(三个月内)之护照型相片 (passport size) (本地申请者两张；海外申请者十六张)
	堂会主理/代理牧师或传道之推荐信 (使用本院发出的表格)
	体格检验证明书 (使用本院发出的表格)

2. 本院有权筛选申请者入学。

3. 所有文件请寄给本院院长 / 教务主任收。

地址: NO.51, Jalan Tun Abang Haji Openg, P. O. Box 78, 96007 Sibul, Sarawak, Malaysia.

电话: +6084-321409 / +6084-330870 传真: +6084-341409

电邮: principal@mtssibu.edu.my 或 general@mtssibu.edu.my

网页: www.mtssibu.edu.my

4. 报名截止日期: 1. 每年的六月卅日 (外国申请者); 2. 每年的九月十五日 (本国申请者)

#### (C) 海外申请者

除了需呈交以上 (B) 申请程序 中所列出的文件，海外申请者还需寄上其他相关文件。 \*\* 其他相关文件请参阅“海外申请者须知”。

#### (D) 助学金(只限本国申请者)

1. 凡报读神学系者可向《年会牧职部》申请助学金，并在经济来源一栏清楚注明；若向《年会牧职部》申请助学金，需亲自将报名表格及堂会推荐信等文件交到《年会牧职部》。
2. 报读宣教科者可向《年会宣教科》申请助学金，并在经济来源一栏清楚注明。
3. 若欲申请助学金，请附上堂会执事会之推荐信给助学金赞助单位。

## (E) 开办的课程

学位	资历	课程期限
<b>神学系</b>		
道学硕士 (M. Div.)	考获大学学士学位者	三年
道学学士 (B. D.)	考获马来西亚高级教育文凭(STPM) 并拥有四科及格者 或同等学历者	四年
神学学士 (B.Th.)	考获马来西亚教育文凭(SPM)乙等或以上(至多34 积分) 或同等学历者	四年
神学文凭 (Dip. Th.)	考获马来西亚教育文凭(SPM)丙等或以上(至多44 积分) 或同等学历者	三年
神学证书 (L. Th.)	修完马来西亚教育课程(SPM)者	二年
<b>宣教科(神学系主修宣教科)</b>		
道学硕士 (M. Div.)	考获大学学士学位者	三年
道学学士 (B. D.)	考获马来西亚高级教育文凭(STPM) 并拥有四科及格者 或同等学历者	四年
神学学士 (B.Th.)	考获马来西亚教育文凭(SPM)乙等或以上(至多34 积分) 或同等学历者	四年
神学文凭 (Dip. Th.)	考获马来西亚教育文凭(SPM)丙等或以上(至多44 积分) 或同等学历者	三年
神学证书 (L. Th.)	修完马来西亚教育课程(SPM)者	二年
<b>礼拜与音乐系</b>		
道学硕士 (M. Div.) (主修礼拜与音乐)	考获大学学士学位者, 同时拥有乐理6级或以上, 以及乐器或声乐8级或以上者, 须先修和声学、曲式分析、视唱听写、西洋音乐史及至少两个学期的合唱指挥	四年
硕士 (M.A.)	考获大学音乐学士学位者	二年
道学学士 (B. D.) (主修礼拜与音乐)	考获马来西亚高级教育文凭(STPM) 并拥有四科及格者 或同等学历者, 同时拥有乐理5级或以上, 以及乐器或声乐5级或以上者	五年
神学学士 (B.Th.) (主修礼拜与音乐)	考获马来西亚教育文凭(SPM)乙等或以上(至多34 积分) 或同等学历者, 同时拥有乐理5级或以上, 以及乐器或声乐5级或以上者	五年
学士 (B.A.)	考获马来西亚教育文凭(SPM)乙等或以上(至多34分), 同时拥有乐理5级或以上, 以及乐器或声乐5级或以上者	四年
文凭 (Diploma)	考获马来西亚教育文凭(SPM)乙等或以上(至多44分), 同时拥有乐理5级或以上, 以及乐器或声乐5级或以上者	三年
证书 (Certificate)	修完马来西亚教育课程(SPM)者 同时拥有乐理5级或以上, 以及乐器或声乐5级或以上者	二年

# 卫理神学院

SEKULA TEOLOGI METHODIST

## METHODIST THEOLOGICAL SCHOOL

NO. 51, Jalan Tun Abang Haji Openg,

P. O. Box 78, 96007 Sibul, Sarawak, Malaysia.

Tel: +6084-321409 / +6084-330870 Fax: +6084-341409

Email: principal@mtssibu.edu.my / general@mtssibu.edu.my

Website: www.mtssibu.edu.my

### 入学申请表格

1. 此表格填写后请直接交本院院长收。
2. 若有关项目与你无关，可以从略。

护照型  
照片

攻读科系 (请打✓):	<input type="checkbox"/> 神学系	<input type="checkbox"/> 宣教科	<input type="checkbox"/> 礼拜与音乐系
	<input type="checkbox"/> 道学硕士	<input type="checkbox"/> 道学硕士	<input type="checkbox"/> 道学硕士(主修礼拜与音乐)
	<input type="checkbox"/> 道学学士	<input type="checkbox"/> 道学学士	<input type="checkbox"/> 硕士
	<input type="checkbox"/> 神学学士	<input type="checkbox"/> 神学学士	<input type="checkbox"/> 道学学士(主修礼拜与音乐)
	<input type="checkbox"/> 神学文凭	<input type="checkbox"/> 神学文凭	<input type="checkbox"/> 神学学士(主修礼拜与音乐)
	<input type="checkbox"/> 神学证书	<input type="checkbox"/> 神学证书	<input type="checkbox"/> 学士
	<input type="checkbox"/> 神学先修班课程		<input type="checkbox"/> 文凭
			<input type="checkbox"/> 证书

### (A) 个人资料

姓名(中): \_\_\_\_\_ (英): \_\_\_\_\_

身份证号码(新): \_\_\_\_\_ (旧): \_\_\_\_\_

国籍: \_\_\_\_\_ 种族: \_\_\_\_\_

出生日期: \_\_\_\_\_ 出生地点: \_\_\_\_\_

性别: 男 / 女 职业: \_\_\_\_\_

电话号码: \_\_\_\_\_(住家) \_\_\_\_\_(办公室) \_\_\_\_\_(手机)

永久住址： \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

现今通讯地址： \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

传真或电邮： \_\_\_\_\_ 婚姻状况： 单身 / 已婚

## **(B) 家庭背景**

伴侣姓名 (中)： \_\_\_\_\_ (英)： \_\_\_\_\_

出生日期： \_\_\_\_\_ 职业： \_\_\_\_\_

儿女姓名及出生日期： \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

儿女有否健康问题或学业安排需要？ \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

父母 / 监护人姓名： \_\_\_\_\_

父母 / 监护人地址： \_\_\_\_\_

家人是否基督徒： \_\_\_\_\_

## **(C) 教会背景与灵性状态**

1. 宗派： \_\_\_\_\_

2. 堂会名称与地址： \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3. 受洗日期与地点: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4. 坚信礼(入会)日期与地点: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

5. 请详列你所参与的堂会及其它基督教团体活动经验:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

6. 你以多少时间读经和祷告: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

7. 在过去三年中你所阅读而觉得有益的属灵书籍:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

8. 蒙恩 (讲明你如何成为基督徒) 及蒙召 (讲明你如何清楚神呼召你献身) 见证各一篇 (约一千字)。

**(D) 学业资历和背景**

<u>1. 学校名称</u>	<u>教学语言</u>	<u>年日</u>	<u>级别</u>
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

**2. 成绩详情**

<u>(I) MCE/SPM (年份_____)</u>		<u>(II) HSC/STPM (年份_____)</u>	
<u>科目</u>	<u>成绩</u>	<u>科目</u>	<u>成绩</u>
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

**(III) 其它 (请注明详情及成绩)**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**(E) 工作经验**

<u>雇主 / 公司</u>	<u>工作性质</u>	<u>受雇时间</u>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

## (F) 经济资料

1. 你受训期间的经济(包括学科、住宿及伙食)来源:

---

2. 若你已婚, 家人的经济费用有何安排?

---

3. 你父母是否在经济上依赖你? 若是, 你怎样安排照顾他们的需要?

---

## (G) 证明文件

下列文件(影印本) 必须与申请表格同时呈上, 申请才会正式受理。

1. 身份证
2. 受洗及入会证书各一份
3. 各考试成绩单及证书一份。
4. 最近期(三个月内)之护照相片(passport size)两张(外国申请者需附上 **16 张**相片)。
5. 堂会主理/代理牧师或传道之推荐信(由本院发出的表格)。
6. 体格检验证明书(由本院发出的表格)。

## (H) 宣言

1. 我保证以上所述皆真实无误。
2. 若被录取, 我愿意接受并顺从院方一切条例和规矩。

签名: \_\_\_\_\_

日期: \_\_\_\_\_

# 诗巫卫理神学院

## 举荐表格

### A. 个人资料 (堂会牧者)

姓名: \_\_\_\_\_ (华) \_\_\_\_\_ (英) 性别: \_\_\_\_\_

参与事奉的教会: \_\_\_\_\_

地址: \_\_\_\_\_

电话: \_\_\_\_\_ (办) \_\_\_\_\_ (家) \_\_\_\_\_ (手提)

申请者姓名: \_\_\_\_\_ (华) \_\_\_\_\_ (英) 性别: \_\_\_\_\_

与申请者的关系: \_\_\_\_\_

### B. 一般性

1. 你与申请者已认多久? 你对他/她有多认识? 在怎样的情况下你认识申请者?

1-2 年      3-4 年      5-6 年      7-9 年      10 年或以上

---

---

2. 申请者有否对基督徒重生的生命给予确实的见证?

---

3. 请针对申请者对全职事奉的呼召给予评语。

---

---

4. 申请者对神学教育的装备有怎么样的推动力?

满有热衷      非常强烈      相当强烈      多有保留

原因: \_\_\_\_\_

---

5. 作为一名参与事奉的会友, 申请者有何特殊的表现?

---

---

6. 你会带著怎样的心境举荐申请者进入诗巫卫理神学院? 请圈上下列最能表达你的感受的字眼。分享你如此回应的原因。

兴奋热衷      大力推荐      相当强烈      多有保留

原因: \_\_\_\_\_



7. 若申请者已婚，请略述其家庭生活情况。

---

---

### C. 教会事奉

1. 申请者在教会中参与哪些事奉？多常？

---

---

2. 申请者在教会中参与哪些的委员会或侍有什么职份？已经有多久了？

---

---

3. 申请者在教会中的事奉有哪些强处？

---

---

4. 申请者需要在事奉上帝和服事教会的哪些方面可以加以改进 (如：技巧、态度 ...)？

---

---

5. 在你看来，申请者有哪些属灵恩赐呢？

---

---

6. 申请者对以下有关者的态度如何？

a) 堂会的牧者: \_\_\_\_\_

b) 教会的领袖:

    年会层面: \_\_\_\_\_

    教区层面: \_\_\_\_\_

    牧区层面: \_\_\_\_\_

c) 教会中的会友: \_\_\_\_\_

7. 在训练期间院方需要对申请者加以关注的范围有哪些？

---





## E. 学术

请针对申请者进修神学资格，就以下各项作出一个大约的评估：

	非常好	好	一般	不够	无法作报告
1 智能质素					
a) 领悟性	_____	_____	_____	_____	_____
b) 创意性	_____	_____	_____	_____	_____
c) 研究兴趣	_____	_____	_____	_____	_____
d) 反映能力	_____	_____	_____	_____	_____
e) 独立自主	_____	_____	_____	_____	_____
2 语言能力					
a) 语言的使用	_____	_____	_____	_____	_____
b) 会话表达能力	_____	_____	_____	_____	_____
c) 写作表达能力	_____	_____	_____	_____	_____

## F. 身体和情绪

1. 申请者有否有身体或精神上的困扰？若然，他/她如何应对？

---

---

2. 以下的倾向若发生在申请者身上可能削弱申请者的工作和见证。若你有觉察或发现类似的局限，请画上圆圈并加以描述(使用以下的空格)其层度。

没有耐心，不能包容，好争论，占有欲，不易宽恕，高傲或评击他人。

易於感到羞愧，被得罪，灰心，沮丧。

常担忧，忧虑，紧张，神经质。

对某些组织，种族或国籍有偏见。

排他性和占有性地建立友谊。

缺乏幽默感或缺乏接纳别人开玩笑的能力。

---

---

若申请者显然没有被上述的情形所困扰，请在此打√。 [    ]

## G. 参照

若能，请列明我们可以接洽咨询，为申请者作更多评估的人仕：

<u>姓名</u>	<u>电话</u>	<u>地址</u>	<u>与申请者的关系</u>
1. _____	_____ (办)	_____	_____
	_____ (家)	_____	_____
2. _____	_____ (办)	_____	_____
	_____ (家)	_____	_____

## H. 其他的意见/建议

---

---

日期: \_\_\_\_\_

签名: \_\_\_\_\_

回应寄至: 新生监评委员会主席

卫理神学院

P.O.Box 78

96007 Sibul

Sarawak, Malaysia

接洽: 电话: 084 - 321409

传真: 084 - 341409

电邮: mtssibu@tm.net.my

# 卫理神学院

## METHODIST THEOLOGICAL SCHOOL

P. O. Box 78, 96007 SIBU, SARAWAK, MALAYSIA

Tel: 084-321409 Fax: 084-341409

<http://www.mtssibu.edu.my>

### Medical Examination Form

(to be submitted with Application for Admission)

Name : \_\_\_\_\_ Date of Birth : \_\_\_\_\_

Address : \_\_\_\_\_

1. Medical history of patient (serious, illnesses, infections, operations) \_\_\_\_\_
2. General Condition \_\_\_\_\_
3. Weight \_\_\_\_\_
4. Skin \_\_\_\_\_
5. Ears \_\_\_\_\_
6. Eyes \_\_\_\_\_
7. Breasts (female students) \_\_\_\_\_
8. Thyroid \_\_\_\_\_
9. Cardio-Vascular System  
a. Heart \_\_\_\_\_  
b. Blood pressure \_\_\_\_\_ c. Pulse \_\_\_\_\_  
d. Veins \_\_\_\_\_ e. HB \_\_\_\_\_ %
10. Glands \_\_\_\_\_
11. Respiratory System  
a. Nose \_\_\_\_\_  
b. Lungs (Negative Chest Ray required) \_\_\_\_\_  
c. X-Ray \_\_\_\_\_
12. Alimentary System  
a. Mouth and Pharynx \_\_\_\_\_ b. Teeth \_\_\_\_\_  
c. Abdomen \_\_\_\_\_ d. Stool \_\_\_\_\_
13. Urinary System \_\_\_\_\_  
Urine Test \_\_\_\_\_
14. Nervous System \_\_\_\_\_  
Headaches \_\_\_\_\_ Sleep \_\_\_\_\_
15. General Remarks \_\_\_\_\_
16. Vaccinations and Inoculations \_\_\_\_\_

Name of Examining Doctor: \_\_\_\_\_

Address of Examining Doctor: \_\_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

---

### Dental Examinations Form

I have examined \_\_\_\_\_ and certify that his/her mouth is free from dental caries.

Dentist's Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_