

# 教牧硕士课程简介

**名称:** 教牧硕士 (Master of Ministry)  
这是一个特别为已经拥有神学/道学学士学位的牧者/圣工人员而开办的为期五年的研究课程(post-graduate program)

**开办宗旨:** 为现有牧者/圣工人员继续

1. 提供高品质之专业硕士课程，
2. 提升就读者的灵性和再肯定牧会异象，
3. 提高事奉的知识与技巧去面对时代的挑战。

**资格:**

1. 拥有东南亚神学院协会/马来西亚神学院协会所承认的第一个神学/道学学士学位或同等学历。
2. 至少有 5 年牧会经验。

**申请手续:** 1. 个人须先填写一份由本院提供的申请表格，交来本院。

2. 缴交下列文件：

卫理公会申请者	非卫理公会申请者
身体检查表一份(本院提供)	身体检查表一份(本院提供)
成绩表一份	成绩表一份
各年会牧职部推荐信一份	堂会推荐信一份
《就读本课程的原因》一文	《就读本课程的原因》一文
最近 6 个月的正面照片两张 (Passport size)	最近 6 个月的正面照片两张 (Passport size)
	牧者举荐表格一份 (本院提供)

3. 行政捐献 RM50.00
4. 报名截止日期为每年 9 月 30 日。
5. 寄来本院院长收。 P.O.Box 78, 96007, Sibul, Sarawak.  
电话：084-321409 传真：084-341409  
电邮：general@mtssibu.edu.my

**课程要求:** 1. 此课程为期五年。每年开办上下半年各一次。就读时间最长不得超过七年，逾期须重新申请。

2. 全部课程共 30 个学分。
3. 每科须写一份书评(3000 字)；一篇专文(4000-6000 字)。
4. 不得无故缺席超过 15%。

**科目:** 神学

卫理公会历史与神学(History and Theology of the Methodist Church)

卫理公会礼仪学 (Liturgical Study of the Methodist Church)

基督教护教学 (Christian Apologetics)

对时代课题神学的反思(Theological Reflection on Current Issues)

廿一世纪的教牧神学观 (Pastoral Theology in the 21<sup>st</sup> Century)

实践

高级讲道学 (Advanced Preaching)

旧约的宣讲 (Preaching from OT)

新约的宣讲 (Preaching from NT)

教牧心理辅导学 (Pastoral Counseling)

转型中的卫理公会 (Methodist Church in Transition)

牧者的灵性塑造 (Spiritual Formation of the Pastor)

牧者的婚姻与家庭 (Pastors' Marriage & Family)

人事冲突的处理 (Conflict Management)

属灵战争的研究 (Spiritual Warfare)

华人文化与牧养 (Chinese Culture and Pastoral Ministry)

二十一世纪的教会领袖观 (Church Leadership in the 21<sup>st</sup> Century)

牧者的个人成长 (Personal Growth of the Pastor)

教会实际管理学 (Practical Church Management)

研究专文

1. 约 2 万字(电脑字数)
2. 3 学分
3. 可取代一个课目
4. 以实际、具体、原本思想为主
5. 可按研究者的恩赐/事奉取向/负担之课题来写。

捐献

我们感激您每学期至少提供 RM370，以支持这项培训事工。

# 卫理神学院

METHODIST THEOLOGICAL SCHOOL  
P.O.Box 78, 96007 Sibul, Sarawak, Malaysia. Tel: 084-321409 Fax: 084-34140

照片

## 教牧硕士课程申请表格

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。

### A. 个人资料

姓名(英): \_\_\_\_\_ (中): \_\_\_\_\_

身份证号码: (新) \_\_\_\_\_ (旧): \_\_\_\_\_

国籍: \_\_\_\_\_ 种族: \_\_\_\_\_

出生日期: \_\_\_\_\_ 出生地点: \_\_\_\_\_

性别: 男 / 女 电话号码: \_\_\_\_\_ (手机) \_\_\_\_\_ (办公室)

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: \_\_\_\_\_ 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?

\_\_\_\_\_

### C. 事奉经历

1. 堂会层面:

堂会名字:

职位:

年份:

---

---

---

---

2. 教区层面:

年份:	职务:	年份:	职务:
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

3. 年会层面:

年份:	职务:	年份:	职务:
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

4. 总议会层面:

年份:	职务:	年份:	职务:
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

D. 学业资历和背景

<u>1. 学院名称</u>	<u>教学语言</u>	<u>年日</u>	<u>学位名称</u>
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

2. 成绩详情

<u>科目</u>	<u>成绩</u>	<u>科目</u>	<u>成绩</u>
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

E. 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？

---

---

**F. 证明文件**

下列文件(影印本或正本)必须与申请表格在每年的 9 月 15 号或之前同时呈上，申请才会正式受理。

- |                 |                                  |
|-----------------|----------------------------------|
| 1. 身份证一份        | 4. 牧职部或有关教会推荐信一份                 |
| 2. 身体检查一份(本院提供) | 5. 就读本课程的原因(约 500 个字)            |
| 3. 成绩表一份        | 6. 最近 6 个月的正面照片两张(Passport size) |

**G. 宣言**

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

签名：\_\_\_\_\_

日期：\_\_\_\_\_

## 诗巫卫理神学院

### A. 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 yrs      3-4 yrs      5-6 yrs      7-9 yrs      10 yrs or above

---

---

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？

满有热忱                  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那些事奉？多常？

---

2. 申请者在教会中参与那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那些强处？

---

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

---

5. 在你看来，申请者有那些属灵恩赐呢？

---



[ ] 一般性

[ ] 甚少

[ ] 偶而

[ ] 一般性	[ ] 偶而	
[ ] 甚少		





- 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 Sibu  
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: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_