

卫理神学院神学先修班课程

宗旨：预备有心志献身念神学的新生更成熟和有信心的进入神学正科教育。

学科和价值：

- (1)圣经知识 - 让学生体会阅读整本圣经的甜蜜，并熟练仁义的道理，以致能往下扎根，向上结果。
- (2)自我成长 - 帮助学生在真理中认识自己，并学习作时间、金钱、人际关系、家庭生活的好管家，成为有纪律的正常基督徒。
- (3)哲学导论 - 使学生明白神学与哲学的关系，成为更成熟、智慧、灵巧如蛇，驯良如鸽子的思想者。
- (4)天国、教会、世界 - 帮助学生建立合乎圣经的天国观、教会观与世界观，以兴起成为有立场、有使命感的传道人。
- (5)英语会话 - 学习听、看、写和讲英文。
- (6)初级音乐 - 学习初级音乐，懂得基本领唱和乐理，以更有效的带领信徒敬拜上帝。
- (7)实习工作 - 让学生在参与教会生活的经验中，体会领导教会和牧养信徒的挑战，进而生发饥渴慕义，积极装备自己的热诚。

开课日期：每年的第二学期

报名截止日期：每年的四月三十日（本国申请者）

入学资格：

凡申请入学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，作传福音的工作。
2. 品行端正、身体健壮、刻苦耐劳及愿意过肢体生活。
3. 拥有学历证书（至少 SPM 乙等成绩）以证明其有足够能力可以研读神学及吸收知识。

申请程序：

1.本国申请者必须详细填写学院的报名表格一份，同时要附寄：

- 蒙恩（讲明你怎样成为基督徒）及蒙召（讲明你怎样清楚神呼召你献身）见证各一篇（约一千字）
- 身份证副本一份
- 受洗及入会证书副本各一份
- SPM 或以上或相关学历毕业成绩表和证书副本各一份
- 最近三个月内的护照用之相片两张
- 教会主理或代理牧师或传道之推荐信（使用由本院发出的表格）
- 体格检验证明书（使用由本院发出的表格）
- 行政捐献收据

2. 所有文件请寄给本院院长/教务主任收。

Methodist Theological School

51, Jalan Tun Abang Haji Openg,

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

Tel: 084-321409

Fax: 084-341409

助学金（卫神之友）：

1. 帮助在经济上有困难的学生
2. 若欲申请助学金，请到办公室索取表格或上网下载表格。填妥后，连同报名表格一起交上。

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

护照型
照片

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。

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"/> 学士
<input type="checkbox"/> 道学学士	<input type="checkbox"/> 道学学士	<input type="checkbox"/> 文凭
<input type="checkbox"/> 神学学士	<input type="checkbox"/> 神学学士	<input type="checkbox"/> 证书
<input type="checkbox"/> 神学文凭	<input type="checkbox"/> 神学文凭	
<input type="checkbox"/> 神学证书	<input type="checkbox"/> 神学证书	
<input type="checkbox"/> 神学先修班课程		

(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

(I) MCE/SPM (年份_____) (II) HSC/STPM (年份_____)

<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

雇主 / 公司

工作性质

受雇时间

(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(外国申请者需附上八张相片)。
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 Sibu

Sarawak, Malaysia

接咨: 电话: 084 – 321409

传真: 084 – 341409

电邮: general@mtssibu.edu.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 Form)

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		
a.	Headaches:	b.	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: _____