

诗巫卫理神学院延伸神学教育

目的

1. 给予教会中的平信徒高级训练。
2. 提供神学教育于无法全时间进修者。

课程

1. 基督教研究硕士 Master of Christian Studies (MCS)
此乃供大学毕业生之学位课程，包括至少 60 学分全部「必修科」及部分「选修科」的科目，同等于两年全时间的神学学位课程。倘若条件符合，此课程毕业生可申请进修道学硕士学位的第二或第三学年科目。
2. 基督教研究文凭 Diploma of Christian Studies (DCS)
此为非大学或大学毕业生修读的课程，包括至少 60 学分全部「必修科」与部分「选修科」，或 30 学分「必修科」及「选修科」的科目。只要符合基本入学条件，毕业生可申请进修道学、神学学位或基督教研究硕士课程。
3. 基督教研究证书 Certificate of Christian Studies (CCS)
此为非大学毕业生而设的课程，包括至少 30 学分「必修科」与「选修科」的科目。完成此课程者可进入基督教研究文凭课程。倘若条件符合，也可申请进修神学学位第二学年的课程。

科目

科目分设为两大类:

| Compulsory 必修科 | | Elective 选修科 | |
|----------------|-----------|--------------|-----------|
| Courses 科目 | 学分 | Courses 科目 | 学分 |
| 旧约导论 I & II | 6 | 马来西亚文化与宗教 | 3 |
| 新约导论 I & II | 6 | 教会法规与领导 | 3 |
| 灵命塑造 | 3 | 卫斯理神学 | 3 |
| 释经学 | 3 | 基督教伦理学 | 3 |
| 旧约解经 I & II | 6 | 教牧辅导 | 3 |
| 新约解经 I & II | 6 | 马来西亚社会与教会 | 2 |
| 讲道学 | 3 | 马来西亚宗教：回教 | 2 |
| 宣教学 | 3 | 基督教神学 I & II | 6 |
| - | - | 教会历史 I & II | 6 |
| - | - | 礼拜学 | 3 |
| 共计 | 36 | 共计 | 34 |

完成课程的期限

全部课程将以部份时间制度进行。然而最长完成各有关课程的年限容许如下：

- 证书科 5 年
- 文凭科 6 年
- 硕士科 7 年

卫理神学院
METHODIST THEOLOGICAL SCHOOL
P. O. Box 78, 96007 Sibul, Sarawak, Malaysia.
Tel: 084-321409 Fax: 084-341409
<http://www.mtssibu.edu.my>
延伸神学教育课程申请表

1. 此表格填写后, a) 本地申请者交回本院院长; b) 海外申请者交给地区负责人
2. 若有关项目与你无关, 可以从略。

(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: _____
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: _____ 性别: 男/女 婚姻状况: 单身/已婚
职业: _____ 所属堂会: _____

(B) 家庭背景

伴侣姓名(中): _____ (英): _____
出生日期: _____ 职业: _____
儿女姓名、出生日期及学历:

(C) 事奉经历

堂会/教区/年会层面名字、职位、年份:

(D) 学业资历和背景

| 大学/学院名称 | 教学语言 | 就学年日 | 学位名称 |
|---------|------|------|------|
|---------|------|------|------|

(E) 经济资料

你受训期间的经济来源: _____

*行政捐献: 马币50元

*每学期至少捐献 RM310, 以支持这项培训事工。

*院方将不定期调整预算。

(F) 证明文件

下列文件(影印本或正本)必须与申请表同时呈上, 申请才会正式受理。

1. 身体检查一份(本院提供)
2. 成绩表一份
3. 你所属的教会牧者填写举荐表格一份(本院提供)
4. 就读本课程的原因(约 500 个字)
5. 身份证副本一份
6. 最近 6 个月的正面照片一张(Passport size)

(G) 宣言

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

签名: _____

日期: _____

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: _____