



沙 巴 神 學 院

SABAH THEOLOGICAL SEMINARY
SEMINARI TEOLOGI SABAH

P.O.Box 11925, 88821 Kota Kinabalu, Sabah, Malaysia
Tel: 6088-231579, 217523, 217569 Fax: 6088-232618
Email: enquiry@stssabah.org Website: www.stssabah.org

護照型相片

入学申请表格

I. 选择课程 及学生身份 (在适合的方格里打 X)

课程:

1. 神學碩士班 M.Theol. (東南亞神学研究院, 兩年制)
 - 道学学士, 道学碩士或同等学历.
 - 2 至 3 年以上教会事工的经验.
 - 在申请时还未超过两年的 TOEFL 电脑考试成绩 173 分(纸笔考试 500 分) 或 IELTS 成绩 5 分,
 - 入学考试及格.

2. 教牧学碩士班 M.Min. (一年制)
 - 神学学士或同等学历, 及五年事奉经验.
 - 不符合以上资历者将按个情况给予考虑.

3. 道学碩士班 II M.Div. II. (二年制)
 - 神学学士文凭並两年事奉经验.

4. 道学碩士班 I M.Div.I. (三年制)

主修神學 主修教牧輔導 主修宣教 其他: _____

 - 已受洗和有事奉心志的基督徒.
 - 受承认之大学学士学位.

5. 神学研究碩士班 MTS (二年制)
 - 已受洗的基督徒.
 - 拥有受承认之大专文凭或学位.

6. 道学学士班 B.D. (四年制)

主修神學 主修教牧輔導 主修宣教 其他: _____

 - 十九歲或以上已受洗及有事奉心志的基督徒。
 - 大学先修班文凭 (STPM) 或同等学历。

身份证号码: _____ 签发地点: _____

护照号码: _____ 护照签发地点: _____ 有效日期: _____

通讯地址: _____

永久地址 (若与上面不同): _____

电话: _____ (办事处) _____ (住家)

_____ (手提) _____ (传真)

电邮 email: _____

III. 家人资料

配偶

姓名: _____ 出生日期/地点: _____

职业: _____ 国籍: _____ 种族: _____

孩子

姓名	性别	出生日期 (年 / 月 / 日)
----	----	------------------

父母亲

父亲姓名: _____ 母亲姓名: _____

职业: _____

通讯地址: _____

近亲资料 (若申请者未婚):

姓名: _____ 关系: _____

通讯地址 / 住址: _____

电话: _____ (住家) _____ (办事处)

_____ (手提) _____ (电邮)

IV. 教育背景:

中学	年份/时期	文凭/成绩
----	-------	-------

大专	年份/时期	文凭/学位
----	-------	-------

神学院

V. 职业背景

年份/时期	雇主	职位	离开原因
-------	----	----	------

VI. 教会背景

教会名称和地址: _____

主任牧师: _____

受洗日期/地点: _____

坚信礼日期/地点: _____

按立日期 / 地点: _____ 按立教会: _____

在教会参加之活动: _____

在教会担任之职位 / 时期 / 年份: _____

VII. 经济状况:

支持经费者或单位, 教会? _____

自费: _____

VIII. 住宿

无需住宿

- 需要家庭单位。 1. Wisma STS 两房宿舍 (马币 300 元一月)
 2. Wisma STS 三房宿舍 (马币 500 元一月)
 3. Koinonia 二房舊宿舍 (马币 200 元一月)

只限本人 双人套房 (马币 100 元一月)

IX. *只限申请神学硕士班者 (詳情請參閱手冊)

主修科: _____ 选修科: _____

X. 所需文件:

*所有申请者必须提供以下文件, 申请才被考虑:

1. *毕业证书的复印本。
2. *之前就读学院, 大学, 或神学院的總成绩单 (transcript)。
3. *推荐書兩份: 請用所預備的表格, 自行復印。推荐書直接由填写人寄给入學委員會主任。
 - A. 教会堂主任牧师/教师。
 - B. 教会总部的推荐信。
 - C. **神学硕士班申请者另加一份来自之前就读神学院的老师。**
4. 支持经费者/单位/教会的信件。(只限非自费者)
5. *见证:
 - A. 如何成为基督徒。
 - B. 入學宗旨和目標: 为何要进沙巴神学院就读; 将来事奉的异象和计划。
6. *护照相片: 马来西亚, 汶莱公 1 兩张, 其他国家公民需七张。
7. *马来西亚公民身份证复印本; 其他国家公民则需全本护照复印本。
8. *合格医生填报之健康检查表格。

*神学硕士班申请者另加

9. 在申请时未超过两年的 TOEFL 或 IELTS 成绩。受英文教育者可例外。
10. RM40 或 US\$10.00 的申请手术费。

注意: 马来西亚国内及汶莱的报名截止日期是 11 月 1 日。其他国家报名截止日期是 6 月 1 日。海外學生被接納后須預算半年到一年的時間申請學生準證。申請表格填妥后可用传真, 电邮或邮寄方式寄到: 神学院入学委员会主任, Chairperson of the Admission Committee

**Sabah Theological Seminary,
P.O. Box 11925,
88821 Kota Kinabalu,
Sabah, Malaysia**

Fax: 60-88-232618

e-mail: admission@stssabah.org

見證：如何成為基督徒 (請用手寫，不夠時可用背面)

簽名： _____

日期： _____

入学宗旨和目标

请用 300-400 字 说明进入沙巴神学院的目的並修读完毕后的事奉计划。

簽名: _____

日期: _____

推荐书

_____（申请者姓名）申请就读沙巴神学院的_____（课程）。请针对申请者的品格给予恰当及保密性的评估。

个人品行:

情绪稳定性:

一般健康:

委身和呼召:

智力:

创意:

学习能力和态度:

优点:

缺点、弱点:

- 英文程度评估：您认为申请者的英语能力足够应付作研究生的需要吗？（若申請者是進入研究生院課程：神学硕士班 Master of Theology）

How would you rate his/her mastery of the English language in relation to the demands of graduate study?

听英语上的理解： 不足 满意 很好

阅读的理解： 不足 满意 很好

会话表达： 不足 满意 很好

书写能力： 不足 满意 很好

- 您认识申请者多久？熟悉的程度？

- 对申请者升学的推荐：

非常赞同

赞同

不肯定

不赞同

姓名：_____ 职位：_____

地址：_____

电话：_____ 电邮：_____

签名：_____ 日期：_____

表格填妥后请直接寄到：

**The Dean of Studies
Sabah Theological Seminary,
P.O. Box 11925,
88821 Kota Kinabalu,
Sabah, Malaysia.
e-mail: admission@stsssabah.org**

SABAH THEOLOGICAL SEMINARY
SEMINARI TEOLOGI SABAH

P. O. Box 11925, 88821 Kota Kinabalu
Sabah Malaysia

Medical Examination Form
(to be submitted with Application for Admission)

Name: _____ Date of Birth: _____

Address: _____

1. Medical history of patient: (serious illness, infection, operation): _____

2. General Condition: _____

3. Weight: _____

4. Skin: _____

5. Ears: _____

6. Eyes: _____

7. Breast (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 X-Ray required) _____

c) X-Ray: _____

12. Alimentary System

a) Mouth and Pharynx: _____

b) Teeth _____

c) Abdomen: _____

d) Stool: _____

13. Urinary System: _____

14. Nervous System:

a) Headaches: _____

b) Sleep: _____

15. General Remarks: _____

16. Vaccination and Inoculations: _____

Name of Examining Doctor: _____

Address of Examining Doctor: _____

Signature:

Date: