

SEMINARI TEOLOGI SABAH
BORANG PENYERTAAN
PROGRAM MISI JANGKA PENDEK (BM)

KETERANGAN PERIBADI

Nama: _____

Jantina: _____ E-Mail: _____

Tarikh Lahir: _____

No Telefon: _____

Pendidikan: _____

Sekolah: _____

Tarikh Baptisan: _____

Ahli Gereja: _____

Kurnia / Kemahiran / Minat: _____

Penyokong : Gereja/ Peribadi / Ahli Gereja / lain-lain: _____

Tandatangan Pemohon: _____

Tarikh:

.....

SOKONGAN IBUBAPA/PENJAGA

Saya ibu/bapa/penjaga _____, dengan pertolongan Allah,
menyokong _____ untuk menyertai Program Pelayanan Misi
Jangka Pendek untuk memuridkan, dilatih dan diperlengkapi bagi pelayanan.

Tandatangan: _____

Tarikh:

SEMINARI TEOLOGI SABAH, PROGRAM MISI JANGKA PENDEK (BM)
KESAKSIAN PERIBADI

Nama: _____

Tarikh: _____

A. Pengenalan Peribadi?

B. Saya sebelum menjadi Kristian?

C. Bagaimana menjadi Kristian?

D. Saya selepas menjadi Kristian?

E. Apakah yang saya harapkan dari program ini?

Nota: Seluruh karangan 500-1000 perkataan

SOKONGANN PASTOR

Saya _____
dengan ini menyokong _____
untuk mengikuti/melibatkan diri dalam program Pelayanan Misi Jangka Pendek STS
dan mengesahkan sokongan kewangan / doa.

<i>Status Kerohanian Pemohon:</i>	<i>Baik</i>	<i>Sederhana</i>	<i>Lemah</i>
Kehidupan Rohani			
Kesediaan melayani			
Kemampuan memahami			
Keperibadian			
Disiplin			
Kesihatan			

Tandatangan

Tarikh: _____

Gereja: _____

Alamat: _____

No. Tel: _____

No. Faks: _____

Email: _____

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:

Nota: Kalau menghadapi kesulitan mendapatkan pemeriksaan doktor/ tidak dapat mengisi borang pemeriksaan ini, mestilah ada surat pengesahan kesihatan daripada Ibubapa, Pastor/Pendeta.