

沙巴神學院『短期宣教訓練課程』

報名表格

個人資料

個人護照
形照片

(1 年內近照)

姓名 (中): _____

(英): _____

(請按照身分證的名字為準)

性別 : ☐ 男 ☐ 女 出生日期: _____

身分證號碼: _____ (請清楚填寫)

聯絡電話: _____ (手機) _____ (住家)

電子郵址: _____

郵政地址: _____

學歷 : _____ 學校: _____

所屬堂會: _____ 受洗日期: _____

事奉崗位: _____

個人專長: _____

經費來源: ☐ 教會支持 ☐ 自費 ☐ 其他 _____

申請人簽名: _____ 日期: _____

監護人同意書

本人 (父/母/監護人) _____, 同意讓 _____ 參加沙巴神學院短期宣教訓練課程, 以接受各方面的裝備和操練, 供神使用。

監護人簽名: _____ 日期: _____

聯絡電話: _____ (手機) _____ (住家)

沙巴神學院『短期宣教訓練課程』

申請者個人得救見證

姓名：_____

日期：_____

A. 自我簡介

B. 信主之前的我

C. 我信主的經過

D. 信主之後的我

E. 我對參加『短宣』的期望

註：全文約 500 – 1000 個字。可直接書寫於此表格 (字體需端正), 或 另使用電腦按以上內容格式書寫。
：請按照以上內容格式認真預備此見證內容。被錄取者，將於『短宣』期間分享此見證。

沙巴神學院『短期宣教訓練課程』

教會牧者推薦書

本人 _____ 誠意推薦 _____

參加沙巴神學院短期宣教訓練課程, 以接受各方面的裝備和操練, 供神使用。

申請者的經費是: ☐ 教會支持: _____ (牧者簽名)

☐ 自費: _____ (支持者簽名)

☐ 其他: _____ (支持者簽名)

本人對申請者的認識如以下所示 (請在適當的數字上打圈):

1. 靈性方面 弱 --- 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 --- 強

2. 事奉心志 弱 --- 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 --- 強

3. 理解能力 弱 --- 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 --- 強

4. 個性品德 弱 --- 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 --- 強

5. 個人紀律 弱 --- 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 --- 強

6. 個人健康 弱 --- 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 --- 強

7. 備 註: _____

牧者簽名: _____ 日期: _____

聯絡電話: _____ (手機) _____ (住家)

電子郵址: _____

所屬堂會: _____ 地址: _____

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, operations): _____

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 Optional) _____

c) X-Ray: (Optional) _____

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: