



香港臨床牧關教育及教牧輔導協會

駐

伊利沙伯醫院院牧事工訓練學部



The Association for Clinical Pastoral Education & Pastoral Counseling Education (H.K.) Ltd.

Institute of Pastoral Training, Queen Elizabeth Hospital Center

Affiliated with Acadia Divinity College, Acadia University, Canada

香港伊利沙伯醫院 NQ 座 408 號室 Rm 408, BLK. NQ, Queen Elizabeth Hospital.

電話(TEL) : (852)2385-5328 傳真(FAX) : (852)27706906 網頁 : www.qehchaplaincy.hk 電郵(E-MAIL) : cpe@qehchaplaincy.hk

臨床牧關教育(CPE)/教牧輔導教育(PCE)

申請表 Application Form

學員編碼 : _____

1. 個人資料

姓名 : (中文) _____ (英文) _____

性別 : 男 / 女 身份證號碼 : _____

出生日期 : ____年__月__日 出生地點 : _____ 原籍 : _____

婚姻狀況 : 未婚 / 已婚 / 其他 _____

最高學歷 : _____ 學校名稱 : _____

畢業年期 : _____

職業 : _____ 機構名稱 : _____ 職位 : _____

通訊地址 : (中文) _____

(英文) _____

聯絡電話 : (手提) _____ (住宅) _____ (辦公室) _____

傳真 : _____ 電子郵箱 : _____

相片

1.5" X 2"

4 張

2. 學歷

a. 神學部/大專或以上學歷

| 入學及離校日期(由近至遠填) | 校名 | 畢業 | 已獲得之學位 |
|----------------|----|-------|--------|
| 年 月至 年 月 | | 已 / 否 | |
| 年 月至 年 月 | | 已 / 否 | |
| 年 月至 年 月 | | 已 / 否 | |

b. 其他學歷/專業訓練(中學畢業以上)

| 年期 (由 -- 至) (由近至遠填) | 科目 | 畢業 | 成績 | 備註 |
|---------------------|----|-------|----|----|
| 年 月至 年 月 | | 已 / 否 | | |
| 年 月至 年 月 | | 已 / 否 | | |
| 年 月至 年 月 | | 已 / 否 | | |

3. 工作/ 牧會經驗 : (最近十年)

| 任職年期 (由 -- 至) (由近至遠填) | 機構名稱 | 職位 | 工作性質 |
|--------------------------|------|----|------|
| 年 月至 年 月 | | | |
| 年 月至 年 月 | | | |
| 年 月至 年 月 | | | |
| 年 月至 年 月 | | | |
| 年 月至 年 月 | | | |
| 年 月至 年 月 | | | |

4. **家庭背景** (列出直系親屬)：

| 姓名 | 關係 | 職業 | 存歿 | 信仰 |
|----|----|----|----|----|
| | | | 存歿 | |
| | | | 存歿 | |
| | | | 存歿 | |
| | | | 存歿 | |
| | | | 存歿 | |
| | | | 存歿 | |
| | | | 存歿 | |
| | | | 存歿 | |
| | | | 存歿 | |
| | | | 存歿 | |

5. **教會背景**：(申請人所屬之教會)

教會名稱：_____ 牧者姓名：_____

教會地址：_____

信主日期：_____ 水禮日期：_____

6. **諮詢人**：(至少二位)

| 姓名 | 關係 | 相識年期 | 地址 | 聯絡電話 |
|----|----|------|----|------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

聲明

1. 本人授權伊利沙伯醫院院牧事工訓練學部使用本人所提供之資料查詢有關申請入學之事宜。
2. 本人明白在註冊後，有關資料將轉為學員紀錄，伊利沙伯醫院院牧事工訓練學部可將該等紀錄按其規定用於與本人學業相關之一切事宜。
3. 本人同意放棄查閱推薦人所填寫的機密推薦書之權利。
4. 本人謹聲明在本申請表及附件中填報之資料均屬正確，並無遺漏，並明白若填報資料失實，本人之學員申請及修業資格將被取消。

申請人簽署：_____ 日期：_____年_____月_____日

7. **審核** (此欄由院方填寫)

CPE 呈交文件：

- 學歷證明(Official Academic Transcripts)
- 推薦信：(1) ◇ 所屬/事奉教會牧者
(2) ◇ 所屬/事奉教會長執會 或 現任僱主 或 學術上老師 或 其他
- 申請人「個人成長」報告一篇，以 12 點字型大小計不多於 10 張 A4 紙(約 5,000-7,000 字)。
- 健康檢查表
- 報名費\$500-(報名費取錄與否概不發還) /
- 相片 4 張(1 年內近照)
- 學期註冊表

繳費方法：

劃線支票，支票抬頭請寫「伊利沙伯醫院院牧事工有限公司」或「THE QEHC CHAPLAINCY LIMITED」

(請於支票背後註明：學員中文姓名，聯絡電話，CPE/ 輔導學證書報名費)。

連報名表寄交：香港九龍中央郵局信箱 73479 號 (註明：CPE 報名表)

取錄：

- 是 _____
- 否 _____

審核者：

審核日期：

備註：

-完-