附件1

                             编号：

赣州市2020年教师资格认定报名信息登记表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓名** |  | **性别** |  | **出生年月** |  |
| **是否师范类教育专业** |  | **网报序列号** |  | **申报教师资格种类及学科** |  |
| **身份证号码** |  | | | **普通话水平等级** |  |
| **工作单位** |  | | | **联系电话** |  |
| **毕业学校及毕业时间** | |  | | | |
| **粘帖照片处 （办证用）**    **1.必须与网报照片一致；**  **2.请粘帖两张1寸免冠彩色白底照片;**  **3.不要全部粘贴,以便撕下办理证书用。** | | | | | |

备注：在现场确认时，由现场认定机构工作人员填写编号。

附件2

编号：

赣州市2020年申报认定教师资格人员体检表

认定机构（盖章）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | |  | | 出生  年月 |  | | | 性别 |  | | 婚否 |  | | 民族 | | |  | 相片 |
| 籍贯 | |  | | 户籍所在地 | | | |  | | | | 联系  电话 | |  | | | |
| 既往病史  (本人如实填写) | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 五    官    科 | 裸眼视力 | | 右 | | | | 矫正视力 | | | 右 | | | | | 矫正  度数 | 右 | |
| 左 | | | | 左 | | | | | 左 | |
| 辩色力 | |  | | | | | | | 眼病 | | |  | | | | | 医师意见                          签名： |
| 听力 | | 右耳    米 | | | | | | |  | | | 左耳        米 | | | | |
| 鼻 | | 嗅觉 | | |  | | | | 鼻及  鼻窦 | | |  | | | | |
| 面部 | |  | | | | | | | 咽喉 | | |  | | | | |
| 口腔唇腭 | |  | | | | | | | 齿 | | |  | | | | |
| 其它 | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 外    科 | 淋巴 | |  | | | | | | | 脊柱 | | |  | | | | | 医师意见                    签名： |
| 四肢 | |  | | | | | | | 关节 | | |  | | | | |
| 皮肤 | |  | | | | | | | 颈部 | | |  | | | | |
| 其它 | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 内      科 | 营养状况 | |  | | | | | | | | | | | | | | | 医师意见：                                      签名： |
| 血    压 | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 心脏及血管 | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 呼吸系统 | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 腹部器官 | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 神经及精神 | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 其    他 | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 妇科检查 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | 签名： |
| 胸部透视 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | 签名： |
| 化验检查 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | 签名： |
| 体检结论 | | | 负责医师签字： | | | | | | | | | | | | | | | |
| 体检医院意见：                                                                    体检医院公章                                                                 年      月      日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

注：1.此表A4纸正反面打印；2. 在现场确认时，由现场认定机构工作人员填写编号并加盖公章。

**申请幼儿园教师资格人员体检表（增加项目）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | |  | | | 性别 | |  | | 年龄 | |  | |  |
| 编号 | |  | | | 民族 | |  | | 婚否 | |  | | 照    片 |
| 既往史 | | 1.肝炎     2.结核    3.皮肤病  4. 性传播性疾病     5. 精神病    6.其他  申请认定教师资格人员签字： | | | | | | | | | | |
| 身份证号 | | |  | | | | | | | | | |
| 化验检查 | 丙氨酸氨基转移酶(ALT) | | | | |  | | | | 滴  虫 | |  | |
| 淋球菌 | | | | |  | | | | 梅毒螺旋体 | |  | |
| 外阴阴道假丝酵母菌  （念珠菌） | | | | |  | | | | 其他 | |  | |
| 其他检查 | | | |  | | | | | | | | | |
| 检查  结果 | |  | | | | | | 医生意见 | | |  | | |
| 医生签名：                             检查单位：    体检日期：      年    月    日                    （检查单位盖章） | | | | | | | | | | | | | |
| 备注：本表为申请认定幼儿园教师资格人员增加项目体检表。 | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

附件3

大余县2020年面向社会人员申请认定

初中、小学 （幼儿园）教师资格时间安排

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 认定程序 | 时间安排 | 备注 |
| 网上报名 | 6月11日8:00—6月24日17:00 | 登录中国教师资格网（www.jszg.edu.cn）“教师资格认定申请人网报入口”申报； |
| 现场确认 | 6月17日8：30—6月30日17：30（工作日时间） | 确认地点：大余县教育科技体育局人事股 |
| 体检 | 现场确认通过后一星期内完成 | 请携带本人身份证到指定医院体检 |
| 发证 | 具体时间请及时关注“大余教育”微信公众号的通知 | 请携带本人身份证到指定地点领取 |