附件2：

 **福建省教师资格申请人员体检表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓名** |  | **年龄** |  | **性 别** |  | **婚 否** |  | **民 族** |  | **相****片** |
| **籍贯** |  | **工 作****单 位** |  | **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** | **签名** |
| **左** | **左** | **左** |
| **辩 色 力** |  | **签名** |
| **听  力** | **左 耳           米** | **右 耳           米** | **医师意见:****签名** |
| **鼻** | **嗅 觉** |  | **鼻及鼻窦** |  |
| **面  部** |  | **咽  喉** |  |
| **口  腔****唇  腭** |  | **牙****齿** |  | **医师意见:****签名** |
| **是  否****口  吃** |  | **发 音 是****否 嘶 哑** |  |
| **外****科** | **身  高** | **公分** | **体  重** | **公斤** | **医师意见:****签名** |
| **淋  巴** |  | **脊  柱** |  |
| **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** |  |
| **其它** |  |
| **胸 部 透 视** |  | **签名** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **粘   贴   报   告   单** |
| **体****检****结****论** | **负责医师签名:** |
| **体****检****意****见** | **体检医院公章****年     月     日** |

附件3： 福建省幼儿园教师资格申请人员体检表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓名** |  | **年龄** |  | **性别** |  | **婚否** |  | **民族** |  | **相****片** |
| **籍贯** |  | **工 作****单 位** |  | **联系****电话** |  |
| **既 往 病 史****本 人 如 实 填 写** | 1.肝炎    2.结核    3.皮肤病    4.性传播性疾病5.精神病  6.其他受检者确认签字：               |
| **五****官****科** | **裸  眼****视  力** | **右** | **矫  正****视  力** | **右** | **矫  正****度  数** | **右** | **签名** |
| **左** | **左** | **左** |
| **辩 色 力** |  | **签名** |
| **听  力** | **左 耳           米** | **右 耳           米** | **医师意见:****签名** |
| **鼻** | **嗅 觉** |  | **鼻及鼻窦** |  |
| **面  部** |  | **咽  喉** |  |
| **口  腔****唇  腭** |  | **牙齿** |  | **医师意见:****签名** |
| **是  否****口  吃** |  | **发 音 是****否 嘶 哑** |  |
| **外****科** | **身  高** | **公分** | **体  重** | **公斤** | **医师意见:****签名** |
| **淋  巴** |  | **脊  柱** |  |
| **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** |  |
| **其它** |  |
| **化验检查** | **淋球菌** |  | **滴  虫** |  | **签名** |
| **梅毒螺旋体** |  | **外阴阴道假丝酵母菌（念珠菌）** |  |
| **胸 部 透 视** |  | **签名** |
| **粘   贴   报   告   单** |
| **体****检****结****论** | **负责医师签名:** |
| **体****检****意****见** | **体检医院公章****年     月     日** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

说明：1.“既往病史”指肝炎、结核、皮肤病、性传播性疾病、精神病和其他病史，受检者应如实填写，并签字确认；2.滴虫、外阴阴道假丝酵母菌（念珠菌）指妇科检查项目；3.对出现呼吸系统疑似症状者增加胸片检查项目。

申请人思想品德鉴定表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 申请人姓名： | 性别： | 工作单位： |
| 2 | 常住地址： | 邮编： | 电话： |
| 3 | 身份证号码： | 申请资格种类及学科： |
| 4 | 工作、政治思想表现 |  |
| 5 | 热心社会公益事业情况 |  |
| 6 | 遵守社会公德情况 |  |
| 7 | 有无行政处分记录 |  |
| 8 | 有无犯罪记  录 |  |
| 9 | 其他需要说明的情况 |  |
| 10 | 鉴定单位（全称） |  |
| 11 | 鉴定单位地址 |  | 电话 |  | 邮编 |  |
| （单位）填写人（签名）：                          填写日期     年     月    日（加盖单位组织人事部门公章） |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 |

                                                                    编号：

本表由中华人民共和国教育部监制

说明：1、表中第1-3栏由申请人填写；第4-11栏由申请人所在工作单位或者所在乡镇（街道）填写（其中第8栏也可以由公安派出所或警署填写）。

2、“编号”由教师资格认定机关填写。

      3、填写字迹应该端正、规范。

      4、本表必须据实填写。