附件1 ：

**申请人思想品德鉴定表**

编号：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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 | 有无行政处分纪录 |   |
| 8 | 有无犯罪纪录 |  |
| 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） |

本表由中华人民共和国教育部监制，湖北省教育厅印制。

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栏也可由公安派出所或警署填写）。

2、“编号”栏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。

**附件2： 湖北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** |  |  **一寸照片** |
| **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** | **丙氨酸氨基转移酶（ALT）** |  | **外阴阴道假丝酵母菌（念珠菌）** |  | **签名** |
| **淋球菌** |  | **滴 虫** |  |
| **梅毒螺旋体** |  | **其 他** |  |
| **心电图检查** |  | **签名** |
| **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”一栏，申请人必须如实填写，如发现有隐瞒严重病史，不符合认定条件者，即使取得资格，一经发现收回认定资格；2.滴虫、外阴阴道假丝酵母菌（念珠菌）指妇科检查项目；3.体检结论要填写合格或不合格结论，并简要说明原因。

**附件3： 湖北省教师资格申请人员体检表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓名** |  | **年龄** |  | **性别** |  | **婚否** |  | **民族** |  |  **一寸照片** |
| **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** | **丙氨酸氨基转移酶（ALT）** |  | **其 它** |  | **签名** |
| **心电图检查** |  | **签名** |
| **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”一栏，申请人必须如实填写，如发现有隐瞒严重病史，不符合认定条件者，即使取得资格，一经发现收回认定资格；2.本表适用于除幼儿园类别以外其他类别教师资格申请人员；3.体检结论要填写合格或不合格结论，并简要说明原因。**