关于2016年下半年延边州中小学

教师资格认定工作的通知

根据《中华人民共和国教师法》、《教师资格条例》及《关于做好2016年中小学教师资`格认定工作的通知》(吉教师字〔2016〕7号)要求，为做好2016年下半年中小学教师资格认定工作，现就有关事项通知如下：

一、申请认定对象

未达到国家法定退休年龄，户籍或人事关系在延边州内，申请认定幼儿园、小学、初级中学、高级中学、中等职业学校教师资格和中等职业学校实习指导教师资格的中国公民。

　　二、申请认定条件

　　1. 遵守宪法和法律，热爱教育事业，履行《教师法》规定的义务，遵守教师职业道德；

2. 具有《教师法》规定的国民教育系列学历:

申请幼儿园教师资格，应当具备幼儿师范学校毕业及以上学历；

申请小学教师资格，应当具备中等师范学校毕业及以上学历；

申请初级中学教师资格，应当具备大学专科毕业及以上学历；

申请高级中学和中等职业学校教师资格，应当具备大学本科毕业及以上学历；

申请中等职业学校实习指导教师资格，应当具备中等职业学校毕业及其以上学历，并具有相当助理工程师及以上专业技术职务或者中级及以上工人技术等；

3. 普通话水平测试达到二级乙等及以上标准，取得相应等级合格证书，申报语文学科应达到二级甲等及以上标准；

4. 符合申请认定教师资格的体检标准；

5. 经申请人户籍所在地乡镇人民政府（街道办事处）或所在单位（在校学生为就读学校）思想品德鉴定合格；

6. 参加国家教师资格考试成绩合格并取得教育部考试中心颁发的考试合格证明；

7. 全日制普通院校应届毕业生可在毕业前的最后一个学期，由在读学校出具学业成绩单，向学校所在地的教师资格认定机构提出申请。

三、网上报名、现场确认时间

网上报名时间：10月10日至25日

现场确认时间：10月24日至28日

（上午9:00-11:00，下午2:00-4:00）

　　四、认定流程

**1.网上申报**

申请人需在教师资格认定机构规定的报名时间内登陆“中国教师资格网”（www.jszg.edu.cn），国考合格人员选择“参加全国统考申请人网报入口”进行教师资格申请报名注册及后续查询。申请任教学科时须与教师资格考试的学科（专业）一致。其中，申请幼儿园教师资格的，不填写学科；申请小学教师资格的，应与面试学科一致；申请初级中学、高级中学、中等职业学校文化课教师资格的，应与笔试科目“学科知识与教学能力”一致；申请中等职业学校专业课和实习指导教师资格的，应与面试的“专业知识与教学能力”一致。

按照《考试方案（试行）》规定，2014年及之前已入学的全日制普通院校师范类专业学生（含全日制教育硕士），可持毕业证书向教师资格认定机构申请直接认定相应的教师资格。此类人员选择“未参加全国统考申请人网报入口”进行教师资格申请报名注册及后续查询。

**2.现场确认需提交材料**

　　申请人员在规定时间内前往教师资格认定机构指定的现场确认点提交相关申请材料。现场确认时须提交的材料如下：

　　（1）《教师资格认定申请表》一式两份（Ａ３纸正反面打印）；

　　（2）申请人《思想品德鉴定表》一式两份（附件1）；

　　（3）身份证原件和复印件；

　　（4）学历证书原件和复印件。全日制普通院校应届毕业生尚未取得学历证书的，由所在学校教务部门出具包含在读期间全部所学课程的学业成绩单作为可毕业证明；

　　（5）本人户籍所在地县市级以上医院出具的《教师资格认定体检表》（Ａ４纸正反面打印），体检表上的结论应明确填写“合格”或“不合格”，并加盖体检医院公章（附件2，附件3）；

　　（6）普通话水平测试等级证书原件和复印件；

（7）国考合格人员提供教育部考试中心核发的《中小学教师资格考试合格证明》(自2016年起不再统一发放《合格证明》,改由申请人从中小学教师资格考试网上自行下载打印)；

（8） 社会人员出具户籍证明原件及复印件，或工作单位（人事档案保管部门）出具的人事关系证明原件及复印件；

（9）申请人申请中等职业学校实习指导教师资格，另需提供助理工程师以上专业技术职务或中级以上工人技术等级证书原件和复印件；

(10)师范类专业教育实习鉴定材料，教育学、心理学等学科成绩单。

(11) 小二寸红底照片一张（用于证书）。

**3. 现场确认点地址**

申请**高级中学、中等职业学校**教师资格：

延边州教育局B座622室：延吉市公园路2799号州政务中心B座622室  电话：0433-2919190

珲春户籍高级中学、中等职业学校申报人员可直接在珲春市教育局人事科现场确认。

申请**幼儿园、小学、初中**教师资格：

延吉市教育局  延吉市政务服务中心3楼东侧教育局

电话：0433-8333279

图们市教育局 图们市教育局人事科（3楼）

电话：0433-3665105

龙井市教育局 龙井市教育局人事科（龙井市客运站旁边）

电话：0433-3223542

珲春市教育局  珲春市教育局人事科

（珲春市政府办公楼A605室）电话：0433-7513428

汪清县教育局  汪清县教育局人事科

（汪清县教育局办公楼三楼，最北侧）电话：0433-8850209

和龙市教育局  和龙市教育局人秘科（一楼）

电话：0433-4242001

敦化市教育局  敦化市教育局人事科

（敦化市教育局办公楼二楼）电话：0433-6222447

安图县教育局  安图县政务大厅四楼教育局窗口

电话：0433-8970026

**4.资格认定**

教师资格认定机构应在受理申请期限终止之日起30个法定工作日内，在信息系统内作出认定结论。认定合格人员按照教师资格认定机构的通知要求，按时到指定地点领取教师资格证书。对符合认定条件的应届毕业生，在其取得毕业证书后发放教师资格证书。**教师资格证书领取时间另行通知。**

五、相关政策

1. 教师资格认定体检工作参照人社部、卫生部《公务员录用体检通用标准（试行）》执行，其中申请幼儿园教师资格另需增加《关于调整申请认定幼儿园教师资格人员体检标准的通知》（教资字[2010]15号）相关项目。

2. 2014年及之前入学的全日制普通院校师范类专业毕业生（含全日制教育硕士）如申请对应所学专业以外的其他种类教师资格，必须参加国家教师资格考试并获得合格证。

3. 2016年招聘的特岗教师中尚未取得教师资格的高校应届毕业生,需在3年服务期内自行通过国家教师资格考试取得相应教师资格。

4. 经过省教育厅评估的中等职业学校举办的学前教育专业毕业生，其学历可作为在省内申请幼儿园教师资格考试及认定的合格学历，其他中专毕业不能作为合格学历，需要获得专科及以上学历后方可申请。详见《关于公布中等职业学校学前教育专业办学条件评估结果的通知》(吉教师字[2015]29号)。

附件：１.申请人思想品德鉴定表

　　　２.幼儿园教师资格申请人员体检表

　　　３.高级中学、中等职业学校、初级中学、小学教师资

　　　　格申请人员体检表

延边州教育局

2016年9月27日

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） | | | | | | | | | | |

　　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。

附件２

延边州幼儿园教师资格申请人员体检表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** |  | | | | **年 龄** | | |  | | | | | **性 别** | | | |  | | | **照**  **片** |
| **民 族** |  | | | | **籍 贯** | | |  | | | | | **婚 否** | | | |  | | |
| **现住所** |  | | | | | | | | | | | | **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（请注明）  受检者确认签字： | | | | | | | | | | | | | | | |
| **五 官 科** | 裸 眼  视 力 | | 左 | | | | 矫 正  视 力 | | | | 左 | | | 矫 正  度 数 | | | | | 左 | 医师意见和签名  眼科  耳鼻喉科  口腔科 |
| 右 | | | | 右 | | | 右 |
| 辨色力 | |  | | | | | | | | 眼病 | | |  | | | | | |
| 听 力 | | 左耳 米 | | | | | | 右耳 米 | | | | | | | 其他 | | |  |
| 鼻 | | 嗅觉 | | |  | | | | | 鼻及鼻窦 | | | | |  | | | |
| 面 部 | |  | | | | | | | | 咽 喉 | | |  | | | | | |
| 口腔唇腭 | |  | | | | | | | | 齿 | | |  | | | | | |
| 其 他 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **内 科** | 血 压 | | | | 毫米汞柱 | | | | | | | 心 率 | | | | 次/分钟 | | | | 医师意见  签名 |
| 神经及精神 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 发育及营养状况 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 肺及呼吸道 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 心脏及心血管 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 腹部器官 | | | | 肝 | | | |  | | | | | | | | | | |
| 脾 | | | |  | | | | | | | | | | |
| 其 他 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| **外 科** | 身 高 | | | 厘米 | | | | | | 体 重 | | | | | 千克 | | | | | 医师意见  签名 |
| 淋 巴 | | |  | | | | | | 脊 柱 | | | | |  | | | | |
| 四 肢 | | |  | | | | | | 关 节 | | | | |  | | | | |
| 皮 肤 | | |  | | | | | | 颈 部 | | | | |  | | | | |
| 其 他 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| **胸部透视**  **（胸片）** | | （注：对出现呼吸系统疑似症状者须进行胸片项目检查） | | | | | | | | | | | | | | | | | | 医师签名 |
| **妇科检查** | | 滴 虫 | | | | | | | | |  | | | | | | | | | 医师签名 |
| 外阴阴道假丝酵母菌  （念珠菌） | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| **化验检查** | | 淋球菌 | | | |  | | | | | 梅毒螺旋体 | | | | | | |  | | 医师签名 |
| 其他项目 | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| **体检结论** | | 负责医师签名：  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **体检医院**  **意 见** | | （体检医院盖章）  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **备 注** | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

说明：此表在体检前必须贴有本人照片，体检须经县级以上医院检查有效。

此表须为A4纸格式正反面打印。

附件３

延边州高级中学、中等职业学校、初级中学、小学

教师资格申请人员体检表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** |  | | | | **年 龄** | | |  | | | | | **性 别** | | | |  | | **照**  **片** |
| **民 族** |  | | | | **籍 贯** | | |  | | | | | **婚 否** | | | |  | |
| **现住所** |  | | | | | | | | | | | | **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（请注明）  受检者确认签字： | | | | | | | | | | | | | | |
| **五 官 科** | 裸 眼  视 力 | | 左 | | | | 矫 正  视 力 | | | | 左 | | | 矫 正  度 数 | | | | 左 | 医师意见和签名  眼科  耳鼻喉科  口腔科 |
| 右 | | | | 右 | | | 右 |
| 辨色力 | |  | | | | | | | | 眼病 | | |  | | | | |
| 听 力 | | 左耳 米 | | | | | | 右耳 米 | | | | | | | 其他 | |  |
| 鼻 | | 嗅觉 | | |  | | | | | 鼻及鼻窦 | | | | |  | | |
| 面 部 | |  | | | | | | | | 咽 喉 | | |  | | | | |
| 口腔唇腭 | |  | | | | | | | | 齿 | | |  | | | | |
| 其 他 | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| **内 科** | 血 压 | | | | 毫米汞柱 | | | | | | | 心 率 | | | | 次/分钟 | | | 医师意见  签名 |
| 神经及精神 | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 发育及营养状况 | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 肺及呼吸道 | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 心脏及心血管 | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 腹部器官 | | | | 肝 | | | |  | | | | | | | | | |
| 脾 | | | |  | | | | | | | | | |
| 其 他 | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| **外 科** | 身 高 | | | 厘米 | | | | | | 体 重 | | | | | 千克 | | | | 医师意见  签名 |
| 淋 巴 | | |  | | | | | | 脊 柱 | | | | |  | | | |
| 四 肢 | | |  | | | | | | 关 节 | | | | |  | | | |
| 皮 肤 | | |  | | | | | | 颈 部 | | | | |  | | | |
| 其 他 | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| **胸部透视**  **（胸片）** | | （注：对出现呼吸系统疑似症状者须进行胸片项目检查） | | | | | | | | | | | | | | | | | 医师签名 |
| **体检结论** | | 负责医师签名：  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **体检医院**  **意 见** | | （体检医院盖章）  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **备 注** | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |

说明：此表在体检前必须贴有本人照片，体检须经县级以上医院检查有效。

此表须为A4纸格式正反面打印。