教师资格认定工作流程

1.发布公告（3月29日-4月4日）；

2.申请人网上报名（4月5日－15日）；

3.申请人集中体检（4月6日-4月15日）；

3.申请人到户籍所在乡镇（街道）中心校交验申请材料及相关证件，并进行资格初审（4月6日－17日）；

4.乡镇（街道）中心校具办人带队到县行政服务中心教育窗口进行现场确认（4月18日－22日）；

5.乡镇（街道）中心校具办人1人带齐申请人相关证件到县教育局人事科进行资格复审，复审合格后发还申请人（日期同4）；

6.按通知时间到县教育局人事科贴照片，办理领取资格证（5月底前）。

**安徽省申请教师资格人员体检表**

户籍所在乡镇： 申报教师资格类别： 申报教师资格学科：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓名** |  | | **年龄** |  | | | | **性别** | |  | | **婚否** | |  | | | | **民族** | |  | 照 片 | |
| **籍贯** |  | | **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  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 | | | 医师意见：  签名： |
| 左 | | | | 左 | | | | | | 左 | | |
| 辨色力 | |  | | | | | | 眼病 | | | | | |  | | | | | | |
| 听力 | | 左耳 米 | | | | | | | | | | 右耳 米 | | | | | | | | |
| 鼻 | | 嗅觉 | |  | | | | 鼻及鼻窦 | | | | | | |  | | | | | |
| 面部 | |  | | | | | | 咽喉 | | | | | | |  | | | | | |
| 口腔唇腭 | |  | | | | | | 齿 | | | | | | |  | | | | | |
| 其它 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 外  科 | 身高 | | cm | | | | | | 体重 | | | | | | | | kg | | | | | 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 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 化验单粘贴处 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 心电图 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | 签名： |
| 实验室检查 | | 血常规 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | 签名： |
| 尿常规 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | 签名： |
| 转氨酶 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | 签名： |
| 若转氨酶异常，需  进一步明确诊断 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | 签名： |
| **仅限申请幼儿教师资格人员** | | 淋球菌 | |  | | | | | | | 梅毒螺旋体 | | | | |  | | | | | | 签名： |
| 滴 虫 | |  | | | | | | | 外阴阴道假丝酵母菌（念珠菌） | | | | |  | | | | | | 签名： |
| 胸部透视 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | 签名： |
| 若胸透异常，则  进行胸片检查 | | | | 检查结果： | | | | | | | | | | | | | | | | | | 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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

附：认定机关联系电话：

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。

20 年临泉县教师资格认定

**档 案 袋**

乡镇学校： 申报人姓名：

申报类别： 申报学科：

申报人籍贯： 申报人手机：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 编号 | 名 称 | 份数 | 备注 |
| 1 | 《教师资格认定申请表》 |  |  |
| 2 | 《申请人思想品德鉴定表》 |  |  |
| 3 | 《安徽省教师资格认定体检表》 |  |  |
| 4 | 身份证、户口本复印件 |  |  |
| 5 | 学历证书复印件 |  |  |
| 6 | 普通话等级证书复印件 |  |  |
| 7 | ⑴《中小学教师资格考试合格证明》复印件 |  |  |
|  | ⑵《高校师范教育类毕生业在校期间毕业成绩登记表》、《毕业实习鉴定表》复印件 |  |  |
| 8 | **1寸**彩色照片 |  |  |
|  |  |  |  |

临泉县教育局