镇海区2019年下半年教师资格认定工作公告

根据《中华人民共和国教师法》、教育部《〈教师资格条例〉实施办法》、《浙江省〈教师资格条例〉实施细则》和《浙江省中小学和幼儿园教师资格考试改革试点工作实施方案》等有关规定，结合我区中小学教师资格（以下简称“教师资格”）认定工作实际，现就镇海区2019年下半年教师资格认定工作的有关事项公告如下：

一、认定范围

根据教育部教师资格认定指导中心《关于做好2019年教师

资格制度实施工作的通知》（教资字〔2019〕1号）文件要求，申请人可在户籍所在地、居住地（须办理当地居住证且在有效期内）、全日制在读研究生就读学校所在地、现役军人和现役武警部队驻地申请认定教师资格。  
 港澳台居民持港澳台居民居住证可在居住所在地申请认定教师资格；港澳居民持港澳居民来往内地通行证、台湾居民持五年有效期台湾居民来往大陆通行证，可在参加中小学教师资格考试所在地申请认定教师资格。

镇海区教育局负责当地“幼儿园教师资格”、“小学教师资格”和“初级中学教师资格”认定。户籍或居住地在本区（须办理镇海区居住证且在有效期内）、驻镇部队（仅限现役军人和现役武警）的人员，可向本区教师资格认定机构提出认定申请 。

高级中学教师资格、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由申请人户籍所在地、居住地或部队驻地的区县（市）教育行政部门受理审查后，报上一级教育行政部门认定。

申请人在同一年度只能申请认定一个种类的教师资格,并且申请教师资格的“任教学科”应与《中小学教师资格考试合格证明》上的科目一致。

二、教师资格网上报名  
 （一）网上报名时间  
 教师资格认定工作统一实行网上申报。  
 社会人员“网报”时间为9月26日--10月9日之间的每个工作日的8：30--17：30。  
 （二）网上报名方式  
 参加“国考”笔试、面试合格的人员登录“中国教师资格网”(http://www.jszg.edu.cn)，点击“教师资格认定申请人网报入口”选项进入网上报名系统注册，按网上报名要求逐步完成网报。  
 注意事项：

1.选择“认定机构”。该页面上部分信息直接从系统中提取，下部分选择认定机构。其中，认定高中、中职及中职实习指导教师资格的请选择“市级认定机构”;其他的请选择有关县级认定机构。

2.选择“确认点”。该页面请选择户籍所在地、居住地所在地、部队驻地之一的“所在县（市、区）教育行政部门”。

三、体检

**镇海区教师资格认定的申报人员自行到二级甲等及以上医院体检（其中一项为X光胸片）。**

(一)体检时间：2019年9月20日-10月10日，每个工作日的上午8:00-10:00

（二）体检地点：

镇海区龙赛医院体检中心（龙赛医院门诊大楼6楼）（招宝山街道胜利路356号））

镇海区人民医院（宁波市第七医院）健康管理中心（骆驼街道南二西路718号）

（三）注意事项：

**1.请根据申报类别正确选择并打印体检表（体检表需贴照片，体检表样张见附件1、2）**

**2.因体检周期较长，符合教师资格申报条件的人员，可在公告发布之日起及早选择医院自行进行体检。**

**3.现场确认时，提供的体检表上必须有主检医生签署的“合格”结论及体检医院的公章。**

四、现场确认  
（一）确认时间：

10月11日和10月12日。具体确认时间为上午8：30-11：00，下午13：00-16：30 。(未在规定时间进行现场确认的视为自动放弃)  
 （二）确认地点：镇海区行政服务中心二楼（骆驼街道金华南路55-57号）  
 (三)随带材料  
 1.浙江省申请教师资格人员体格检查表（必须有主检医生签署的“合格”结论及体检医院的公章）;  
 2.户口簿、有效居住证 、港澳居民来往内地通行证、台湾居民来往大陆通行证（且在有效期内）、驻地部队人事证明（以上任一证件原件）；

3.身份证原件；  
 4.毕业证书原件（师范类毕业生还需提供本人档案中在学期间成绩单复印件及毕业生登记表复印件，加盖保管部门公章）；  
 5.普通话水平测试等级证书原件；  
 6.申请认定中等职业学校实习指导教师资格，还需提交专业技术职务资格证书或者工人技术等级证书的原件 ；

7.与网报同一底版的2寸免冠彩色照片1张（用于教师资格证书）。  
 五、联系方式  
 宁波市教育局：87266142  
 镇海区教育局：86280607 89287655

镇海区教育局网址：http://www.zh.gov.cn/col/col85206/index.html

镇海教育公众号：镇海教育门户

宁波市镇海区教育局

2019年9月23日

附件1

**浙江省申请幼儿园教师资格人员体格检查表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 身份证号码 | | | | |  | |  |  |  |  | | |  | | |  | |  |  | | |  | |  | |  | | |  | |  | | |  | |  |  |  | 一寸照片 | |
| 姓 名 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 主检医师意见：  签名： | | | | | | | | | | | | | | |
| 性别 | | |  | | 出生年月 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 既往  病史 | | | 1.肝炎 2.结核 3.皮肤病 4.性传播性疾病 5.精神病 6.其他：  受检者确认签字： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 眼科 | | 裸眼视力 | | | 右： | | | | | | 矫正视力 | | | | | | 右：矫正度数 | | | | | | | | | | | | | | | 检查者 | | | | | | | 医师意见：  签名： | |
| 左： | | | | | | 左：矫正度数 | | | | | | | | | | | | | | |
| 色觉检查 | | | | 彩色图案及彩色数码检查：  色觉检查图名称：  单色识别能力检查：（色觉异常者查此项）  红（ ） 黄（ ） 绿（ ） 蓝（ ） 紫（ ） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 检查者 | | | | | | |
| 眼病 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 内科 | | 血压 | | | | / kpa | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 检查者 | | | | | | | | | | | 医师意见：  签名： | |
| 发育情况 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | 心脏及血管 | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| 呼吸系统 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | 神经系统 | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| 腹部器官 | | | | 肝 脾 肾 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 其它 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 外科 | | 身高 | | | | 厘米 | | | | | | | | | 体重 | | | | | 千克 | | | | | | | | | | 颈部 | | | | |  | | | | 医师意见：  签名： | |
| 皮肤 | | | |  | | | | | | | | | 面部 | | | | |  | | | | | | | | | | 关节 | | | | |  | | | |
| 脊柱 | | | |  | | | | | | | | | 四肢 | | | | |  | | | | | | | | | | 检查者 | | | | | | | | |
| 其它 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 耳鼻喉 | | 听力 | | | | 左耳 米 | | | | | | | | 右耳 米 | | | | | | | | | 检查者 | | | | | | |  | | | | | | | | | 医师意见：  签名： | |
| 嗅觉 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | 检查者 | | | | | | |  | | | | | | | | |
| 耳鼻咽喉 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 口腔科 | | 唇腭 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 是否口吃 | | | | | |  | | | | | | 医师意见：  签名： | |
| 牙齿 | | | | （齿缺失——————+——————） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 其它 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 胸部透视 医师签名： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 化验检查 | 丙氨酸氨基转移酶(ALT) | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | 滴虫 | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | 检查者 |
| 淋球菌 | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | 梅毒螺旋体 | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |
| 外阴阴道假丝酵母菌（念珠菌） | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | 其他 | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |
| 肝脏功能 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | 体检结论 | | | | 主检医师签名：  年 月 日（医院盖章） | | | | | | | | | | | | | | | |
| 主检医师意见：  签名： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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。滴虫、外阴阴道假丝酵母菌指妇科检查项目。

2.主检医师作体检结论要填写合格、不合格两种结论，并简单说明原因

附件2

**浙江省申请教师资格人员体格检查表**

(普高、职高、实习指导教师、初中、小学教师资格申报者使用)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 身份证号码 | | |  | | |  |  |  |  | |  | | |  | |  |  | | |  | |  |  | | | |  | |  | | |  | |  |  |  | 一寸照片 |
| 姓 名 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | 主检医师意见：  签名： | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 性别 | |  | 出生年月 | | | | |  | | | | | | | | | | |
| 既往病史 | | 1.肝炎 2.结核 3.皮肤病 4.性传播性疾病 5.精神病 6.其他：  受检者确认签字： | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 眼科 | 裸眼视力 | | 右： | | | | | | | 矫正视力 | | | | | 右：矫正度数 | | | | | | | | | | | | | | | 检查者 | | | | | | | 医师意见：  签名： |
| 左： | | | | | | | 左：矫正度数 | | | | | | | | | | | | | | |
| 色觉检查 | | | | 彩色图案及彩色数码检查：  色觉检查图名称：  单色识别能力检查：（色觉异常者查此项）  红（ ） 黄（ ） 绿（ ） 蓝（ ） 紫（ ） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 检查者 | | | | | | |
| 眼病 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 内科 | 血压 | | | | / kpa | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 检查者 | | | | | | | | | | | 医师意见：  签名： |
| 发育情况 | | | |  | | | | | | | | | | | | | 心脏及血管 | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| 呼吸系统 | | | |  | | | | | | | | | | | | | 神经系统 | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| 腹部器官 | | | | 肝 脾 肾 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 其它 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 外科 | 身高 | | | | 厘米 | | | | | | | | 体重 | | | | | 千克 | | | | | | | | | | 颈部 | | | | |  | | | | 医师意见：  签名： |
| 皮肤 | | | |  | | | | | | | | 面部 | | | | |  | | | | | | | | | | 关节 | | | | |  | | | |
| 脊柱 | | | |  | | | | | | | | 四肢 | | | | |  | | | | | | | | | | 检查者 | | | | | | | | |
| 其它 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 耳鼻喉 | 听力 | | | | 左耳 米 | | | | | | | 右耳 米 | | | | | | | | | 检查者 | | | | | | |  | | | | | | | | | 医师意见：  签名： |
| 嗅觉 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | 检查者 | | | | | | |  | | | | | | | | |
| 耳鼻咽喉 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 口腔科 | 唇腭 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 是否口吃 | | | | | |  | | | | | | 医师意见：  签名： |
| 牙齿 | | | | （齿缺失——————+——————） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 其它 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 胸部透视 医师签名： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 肝脏功能 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | 体检结论 | | | 主检医师签名：  年 月 日（医院盖章） | | | | | | | | | | | | | |
| 主检医师意见：  签名： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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. 主检医师作体检结论要填写合格、不合格两种结论，并简单说明原因