附件1

**2021年鄂城区教师资格认定网报指南**

符合条件的申请人可在中国教师资格网（www.jszg.edu.cn）开放时间注册个人账号（选择“教师资格认定申请人网报入口”），完善个人信息，并在我区报名时段内登录报名。

（一）完善个人信息

申请人使用注册的账号登录后，在“个人信息中心”页面完善个人身份等信息，并进行实名核验。

1.“个人身份信息”。申请人在该栏目需完善性别、民族（港澳申请人选择民族时可选具体一个民族或其他）。申请人可在此页面修改除“证件类型”和“证件号码”以外的其他信息。

2.“教师资格考试信息”。参加全国中小学教师资格考试且合格的申请人，可在该栏目查看本人的考试合格证信息。

3.“普通话证书信息”。申请人可在该栏目新增和修改个人普通话信息。

（1）在“核验证书”类型下，输入证书编号等信息，点击“核验”按钮，系统将在国家普通话水平测试信息管理系统中核验普通话证书信息。

（2）如果核验不到普通话证书信息，请检查当前核验的信息是否与证书信息中的“姓名、身份证件号码、证书编号”一致。

（3）经上述步骤仍核验不到普通话证书信息，请选择“录入证书”类型，补全相关信息并上传对应的电子版证书（图片小于190KB，格式为JPG）。

4.“学历学籍信息”。申请人可在该栏目新增和修改个人学历信息。学籍信息将在认定报名过程中自行同步，如果同步失败，需自行添加学籍信息。

（1）在“核验学历”类型下，输入学历证书编号，点击“核验”按钮，系统将在全国高等教育学生信息网（学信网）信息管理系统中获取相关信息。

（2）如果核验不到学历信息，请检查当前核验的信息是否与学历证书信息中的“姓名、身份证件号码、证书编号”一致。

（3）经上述步骤仍核验不到证书信息，请选择“无法核验的学历”类型，补全相关信息并上传对应的电子版证书（图片小于200KB，格式为JPG）。

（4）中师、幼师等中职学历，请选择“无法核验的学历”类型，补全相关信息并上传对应的电子版证书（图片小于200KB，格式为JPG）。

（5）如您所持有的学历为港澳台地区学历或者国外留学学历，无法进行学历核验，请选择核验类型为港澳台地区学历或国外留学学历，按照步骤（3）进行操作，并上传《港澳台学历学位认证书》或《国外学历学位认证书》。

5.“学位证书信息”。申请人可在该栏目新增和修改个人学位证书信息。

（二）报名

在我市网报时间段内，申请人可在“中国教师资格网”用本人的账号登录并报名。

申请人按照认定受理权限和范围选择合适的认定机构，在系统中上传的照片应为近期免冠正面1寸彩色白底证件照，文件格式为JPEG/JPG格式，大小不超过200K。

（三）签署《个人承诺书》

申请人在“中国教师资格网”首页“资料下载”栏目或在“须知”页面下载《个人承诺书》。下载的《个人承诺书》用A4白纸打印。承诺书将合成在教师资格认定申请表上，请在“承诺人”处正楷书写签署本人姓名和签字日期后，扫描或拍照上传。签名后上传的《个人承诺书》，在预览《教师资格认定申请表》时可查看整体效果。如预览时发现上传的《个人承诺书》位置不正确、不清晰或签名不完整，请务必重新上传，以免影响认定。

附件2

**湖北省教师资格申请人员体检表**

**(适合申请中小学、中等专业学校、实习指导教师资格人员使用)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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。**

附件3

**湖北省教师资格申请人员体检表**

**（适合申请幼儿园教师资格人员使用）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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。**