**海盐县教育局2019年秋季教师资格认定**

**公 告**

根据《中华人民共和国教师法》、国务院《教师资格条例》、教育部《〈教师资格条例〉实施办法》、《浙江省实施〈教师资格条例〉细则》、《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》、《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）和《嘉兴市教育局2019年秋季教师资格认定公告》等法律、法规及有关规定、通知精神，结合我县教师资格认定工作实际，现就2019年海盐县秋季教师资格认定工作的有关事项公告如下：

**一、申请认定条件**

具备下列条件并未达到国家法定退休年龄均可申请认定教师资格：

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.具备中国公民身份。

3.具备《教师法》规定的相应学历要求。

4.具备承担教育教学工作所必须的基本素质和能力，经国家统一的教师资格考试合格且在有效期内（以下简称国考考生）。国家统一的教师资格考试试点工作启动前已入学的全日制普通高校师范类专业学生（以下简称省考考生），可以持毕业证书申请直接认定相应的教师资格。

5.普通话水平达到国家语言文字工作委员会颁布的《普通话水平测试等级标准》二级乙等以上标准，具体按省语委和省教育行政部门的有关规定执行。

6.具有良好的身体素质和心理素质，无传染性疾病，无精神病史，能适应教育教学工作的需要，在教师资格认定机构指定的县级以上医院体检合格。

7.具有海盐县户籍，已办理海盐县居住证且在有效期内，部队驻地（仅限现役军人和现役武警）或在嘉兴市参加教师资格考试的港澳台居民。

8.认定中等职业学校实习指导教师资格的申请对象，还应具备相当于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。

**二、认定机构及受理对象**

1.教师资格认定实行属地管理。根据教师资格种类和教育行政部门认定权限，申请人应根据相应条件向所在地教育行政部门提出申请。

2.本中心受理海盐县范围内的幼儿园、小学、初级中学的教师资格认定申请。

3.同时本中心作为嘉兴市教育局教师资格认定指导中心下设的服务点，代理本县范围内“高级中学”、“中等职业学校”和“中等职业学校实习指导”教师资格认定的受理服务工作，认定机构仍是嘉兴市教育局。

4.师范教育类应届毕业生，向就读学校所在地的教师资格认定机构提出教师资格申请。

1. **认定程序**

（一）网上报名

申请人员根据自己申请教师资格的类别于**9月20日8:00至10月20日17:00**，登录“中国教师资格网”（http://www.jszg.edu.cn/） [根据系统提示先注册，后填写相关信息，确认无误后提交报名。](http://www.jszg.edu.cn/根据系统提示填写相关信息，进行网上申请报名。（根据教育部教师资格认定指导中心文件精神，中国教师资格网开放时间为每个工作日，周末及国家法定节假日不开放。请各位申请者妥善安排好时间，不要错过报名。）)

（二）体格检查

申请人员根据申请类别请自行下载体检表（见附件一），贴上照片后，于**10月8日至11月8日的工作日，或10月26日（周六），**按体检须知（见附件二）要求带上身份证至**海盐县人民医院体检中心**进行体检，体检结束后，按医院通知时间及时领回《体格检查表》及报告单，在现场确认时带到现场提交给认定机构。《体格检查表》上必须要有体检结论、主检医师签字以及医院盖章，体检不合格者不能认定教师资格。**申请人员必须按照规定的时间、指定的医院、规定的项目和规定的要求进行体格检查。**

（三）现场确认

申请人员于11月14日、11月15日携带所需材料到指定的现场确认点进行确认，未按时进行现场确认者视为自动放弃。海盐县受理范围的“高级中学”、“中等职业学校”和“中等职业学校实习指导”类国考考生也在该确认点现场确认。

1.确认时间：确认时间为11月14日、11月15日的9：00-11：30和14：00-16:30，逾期恕不办理。

2.确认地点：海盐县行政审批中心1楼大厅（武原街道枣园东路100号）

3.现场确认提交以下材料：

（1）户口簿或居住证（须在有效期内）原件及复印件一份。

（2）体检表（须贴好照片，并有指定体检医院盖章）。

（3）与网报相同的彩色证件照1寸1张（照片背面写清楚姓名及申请资格种类）。

（4）申请认定中等职业学校实习指导教师资格的人员，还需提交具有相当于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的原件和复印件。

（5）根据教政法函〔2019〕12号和浙教资中心〔2019〕1号文件精神，取消身份证、学历证明、国考合格证明、普通话水平等级测试合格证明复印件。为贯彻落实减证便民、优化服务要求，凡能够通过一网通办系统或其他统一电子信息校验比对的，不再提交相应材料的原件与复印件。**申请人员在网报结束之前查看材料核验状态，如有验证不通过或者待验证状态的材料需在现场确认时提供原件及复印件，**以免影响现场确认。

（四）审核认定

教师资格认定机构根据相关文件要求对申请者作出是否认定结论，申请人可以在教师资格报名网上查询认定结论。

（五）证书发放

认定通过人员的《教师资格证书》和《教师资格认定申请表》原件1份将全部通过EMS快递邮寄。

1. **注意事项：**

1.教师资格认定申请人请选择正确的考试形式，国考考生请选择“国家统一考试”。国家统一的教师资格考试试点工作启动前已入学的全日制普通高校师范类专业学生（以下简称省考考生）请选择“非国家统一考试（含免考）”。

2.网报时必须严格按申报的教师资格种类、正确选择认定省份、认定机构、认定范围及相应的现场确认点。其中，申请认定普通高中、职业高中及实习指导教师资格者，请选择“嘉兴市教育局”；申请初中及以下资格者请选择相应的“县级认定机构（海盐县）”。

3.严格按要求上传照片（照片要求申请人近3个月内，正面、免冠、无头饰，淡蓝色、红色或白色背景，无边框。照片文件类型必须为.jpg，宽114像素，高156像素，文件大小不得超过20KB，建议到照相馆进行数码拍照并储存）。

4.填报信息必须准确，尤其是个人简历按照规定要求从初中开始填报，因错报、瞒报而造成的后果申请人自负。

5.申请人必须在规定的网报日期内登录中国教师资格网填报申请信息。网报后必须在规定日期到指定的确认点进行现场确认，否则视为自动放弃。材料不全或逾期者不予办理。

6.海盐县教育局教师资格认定指导中心咨询电话：0573-86121857(韩老师）。

海盐县教育局教师资格认定指导中心

    2019年9月19日

附件一：浙江省申请教师资格人员体格检查表

附件二：海盐县2019年秋季教师资格认定健康体检须知

浙江省申请幼儿园教师资格人员体格检查表

（2010年12月制定）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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。

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。

浙江省申请教师资格人员体格检查表

（2010年12月修订）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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。

**2019年秋季教师资格认定健康体检须知（海盐）**

为了做好本次体检工作，并能准确反映您身体的真实状况，现将体检有关事项向您告知如下：

1. **体检日期：**10月8日至11月8日的工作日，或10月26日（周六）
2. **体检时间：**上午8:00---9:30

**三、体检地点：**盐湖西路901号，环城南路贝沙港湾对面，**海盐县人民医院**后勤中心一楼体检部。

**四、注意事项：**

1、持申请人身份证和体检表（自行打印，贴好照片）在体检中心导检台交费。

2、体检表既往病史一栏受检者必须确认签字。

3、为了保证您血液生化检查的准确性，请您于体检前一天进清淡饮食，不吃高糖高脂等饮食，注意休息，勿熬夜，不饮酒，避免剧烈运动。晚九时后禁食，早上空腹抽血。

4、女同志妊娠期不宜做胸透检查。女同志例假，请暂缓尿液检查。例假结束后3-5天补检。

5、本次为定额体检，如需进一步检查或复检，请另行付款。

海盐县人民医院体检中心

2019年9月19日

体检中心电话：86965970