

安吉县教育局关于 2021 年秋季初级中学、小学、幼儿园教师资格认定工作的公告

根据《浙江省教育厅教师资格认定指导中心关于做好 2021 年上半年中小学教师资格认定工作的通知》（浙教资中心〔2021〕4 号）精神及我县深化“最多跑一次”改革要求，结合我县实际，现就 2021 年秋季我县初级中学、小学、幼儿园教师资格认定工作有关事项公告如下：

一、申请认定条件

1. 未达到国家法定退休年龄，户籍所在地或居住地（须持有居住证且在有效期内）在湖州市的中国公民。
2. 遵守宪法和法律，热爱教育事业，具有良好的思想品德。
3. 参加国家教师资格统一考试，并取得《教师资格考试合格证明》且在有效期内。
4. 申请认定初级中学教师资格的应当具备大学本科毕业及以上学历；申请认定小学、幼儿园教师资格的应当具备大学专科毕业及以上学历。
5. 持有普通话水平测试二乙及以上等级证书（申请语文学科须达到二甲水平）。
6. 具有良好的身心素质，在教师资格认定机构指定医院参加本次教师资格认定体检合格（具体见“体检需知”）。

7. 申请人在同一年份内只能申请认定一个种类的教师资格。被撤销教师资格的，自撤销之日起 5 年内不得重新申请认定教师资格；受到剥夺政治权利或者故意犯罪受到有期徒刑以上刑事处罚的，不能申请认定教师资格。

二、认定程序

(一) 网上申报

9 月 27 日至 10 月 19 日，申请人登录“中国教师资格网”（www.jszg.edu.cn）（10 月 1 日至 7 日系统维护，期间网站访问和确认功能关闭），从“教师资格认定网报入口”进入，根据系统提示填写相关信息，进行网上申请报名。网报时间到期，系统将自动关闭。

特别提示：

1. 申请人在教师资格报名信息系统中上传的照片和教师资格证书持证人粘贴的照片统一使用**近期免冠正面一寸彩色白底证件照片**（上传格式为 JPG/JPEG 格式，不大于 200K）

2. 申请人**网上申报成功后**须加入 QQ 群 **389468970**（群名为“2021 年秋季安吉县教师资格认定群”），以便政策咨询、信息沟通。为便于管理，申请人入群需提供验证信息“申请资格认定类别+姓名”（如小学语文+张三）。

3. 申报学科要与《中小学教师资格考试合格证明》一致。

(二) 电子材料确认

1. 电子材料提交。在网报提交页面，申请人会看到**现场确认**

认时间。本次教师资格认定工作实行“跑零次”，即申请人不用到现场进行确认，按要求提供电子材料即可。9月27日至10月19日，申请人把相关材料扫描件（PDF格式）打包发送至安吉县教育局组织人事科工作邮箱 ajrsk@163.com，文件夹名称为“申请资格种类+申请人姓名+报名号”（如：小学语文+张三+报名号）。电子材料清单如下：

（1）提供《户口簿》第1页及申请人信息页扫描件（户籍在湖州的申请人提供）；

（2）提交有效期内的居住证扫描件（户籍不在湖州但在湖州居住的申请人提供）；

（3）中小学教师资格考试合格证明（申请人在国家中小学教师资格考试网（ntce.neea.edu.cn）下载）；

（4）学历证书扫描件；国外学历应同时提交教育部留学服务中心出具的《国外学历认证书》扫描件；港澳台学历应同时提交教育部留学服务中心出具的《港澳台学历认证书》扫描件；

（5）普通话水平测试等级证书扫描件。

特别提示：

每位申请人均须提供（1）（3）或（2）（3）材料；学历核验未通过的申请人增加材料（4）PDF扫描件；普通话核验未通过的申请人增加材料（5）PDF扫描件。

未在规定时间内提供相关电子材料者视为自动放弃。

2. 电子材料审核

10月19日至10月24日，安吉县教育局组织人事科审核材料，明确受理意见，并通过QQ群或电话告知。

（三）体检

符合申报条件的申请人于2021年11月8日至10日携带本人身份证到安吉县中医院（胜利西路299号）参加体检（申请初中、幼儿园教师资格对象原则上11月8日去体检，申请小学教师资格对象原则上11月9-10日去体检）。

申请人须仔细阅读《体检须知》（见附件1）。体检当日，申请人须携带《浙江省申请教师资格人员体格检查表》（见附件2）或《浙江省申请幼儿园教师资格人员体格检查表》（见附件3），在体检表上贴上本人**彩色白底证件照**（与网报同底版）并如实填写相关个人信息。体检表由安吉县中医院统一收取，申请人不用去医院另行领取。

特别提示：

申请人须参加体检全部项目，请申请人根据本人身体情况酌情安排。在体检当日，申请人须将一张一寸**彩色白底证件照片**（必须与网报上传照片一致，背面写上姓名和资格种类）交给现场工作人员。未参加（全部）体检者视同申请人自动放弃申请。

（四）审核认定

申请人可适时登陆“中国教师资格网”查看个人各申请时段的状态。12月中旬，申请人可登录“安吉教育网”查看认定

结果公告。

（五）领取证书

县教育局将于 12 月下旬以邮政 EMS 方式把教师资格证书和认定申请表邮寄送达，请申请人查收。

三、其他事项

1. 申请人网上填报的信息须真实有效，正式提交后，所提交的信息将不能再修改，请慎重填写，因信息填报不真实不准确致使无法完成教师资格认定的，其责任由申请人自行承担。

2. 申请人应据实填写《个人承诺书》并对承诺内容负责，承诺如与事实不符，各级教育行政部门将依据国家相关法律法规，按“弄虚作假骗取教师资格”对申请人做出“撤销教师资格、五年内不得重新取得教师资格”或“丧失教师资格，不得重新申请认定教师资格”的行政处罚。《个人承诺书》可在网报界面下载打印，用 A4 纸打印，申请人本人签字并拍照后在填写报名信息时按程序要求上传。

联系人：密老师，咨询电话：0572-5032545

附件：1. 体检须知

2. 浙江省申请教师资格人员体格检查表

3. 浙江省申请幼儿园教师资格人员体格检查表



附件1:

体 检 需 知

一、体检地点:

安吉县中医院住院部1号楼一楼体检中心（胜利西路299号）。

二、体检时间:

2021年11月8日至10日上午7:30—9:00。

三、体检要求:

1. 凭身份证原件到安吉县中医院住院部1号楼一楼体检中心办公室报到，上交体检表和**1张一寸彩色白底证件照片**（必须与网报上传照片一致，背面写上姓名和资格种类），缴纳体检费（收费标准：幼儿园250元，其他200元）；

2. 体检人员需听从医院体检中心工作人员的引导和安排；

3. 可灵活机动完成体检项目，先在人少的体检项目处体检，直至做完所有体检项目；

4. 体检结束后应把体检表交到体检中心办公室，认定部门会派专人负责去医院统一领取体检表（请个人不要自行前往领取）。

四、注意事项

1. 体检表未按要求填写和没有粘贴照片（照片必须与网报上传照片一致）者不得体检；

2. 体检隔天晚上10点以后禁食，体检当天早上抽血做完后才能进食。

五、相关政策

1. 申请教师资格的人员，均应进行体检；

2. 体检后申请人如对体检结论有异议，提出复查要求，经主检

医师同意，报教师资格认定机构批准后，可予复查。复查应使用原体检表，原则上只限于单科检查，最多复检一次。体检结论以复查后的结论为准；

3. 教师资格认定机构负责对体检表进行审查，如发现有作弊行为，取消申请资格；如有缺漏项目，会通知申请人和指定医院及时补查。申请人故意不参加体检造成项目缺漏，该项目视同不合格处理；

4. 未参加教师资格认定机构组织的体检，其擅自体检的结论一律不予认可；

5. 体检表“既往病史”：若有则打“√”，若无则在“其他”后面填写“无”，并签名；

6. 体检表由教师资格认定机构归档保存，不退还本人。再次申请教师资格者必须重新体检。

特别提示：经认定机构指定体检医院医生现场确认已怀孕的，可以免做胸透检查。申请人自带怀孕证明的，不予认可。备孕或哺乳期的人员一律不免检胸透，如不愿意做胸透的，建议参加下次教师资格认定。

联系人：密老师

联系电话：0572-5032545

附件 2:

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 | | | | | | | | | | | | | |
| 姓名 | | | | | | | | | | | | 主检医师意见: 签名: | 一寸照片 |
| 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 | | | 医师意见: 签名: | | | | |
| | 牙齿 | (齿缺失 ———— + ————) | | | | 口吃 | | | | | | | |
| | 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。

附件 3:

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 | | | | | | | | | | | | | | |
| 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: | | | | | | | | | | 主检医师意见: 签名: | | | |
| 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 | 检查者 | | | | | | | | | | |
| | 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 () | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | |
| 耳鼻咽喉 | 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 | 医师意见: 签名: | | | | | | | | |
| | 牙齿 | (齿缺失 -----+-----) | | | 口吃 | | | | | | | | | |
| | 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。