附件1

**教师资格认定网上申报流程**

符合认定基本条件的申请人可以在中国教师资格网（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，并在我省网上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。

（一）“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。

（二）“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。

（三）“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200KB，格式为JPG）。

（四）“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.凭已经获得的学历申请认定教师资格的考生，在“是否应届毕业生”这一栏选“否”，在“核验学历”类型下，输入学历证书编号，点击“核验”按钮，系统将在中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》。

6.申请认定的应届毕业生，如果凭毕业时获得的学历申请认定教师资格，在“是否应届毕业生”这一栏选“是（在校最后一学期）”，并点击“同步学籍”按钮，获取学籍信息。

（五）“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。

（六）“教师资格证书信息”。已经申请认定过教师资格证的人员，可以在该栏目查看本人2008年以后取得的教师资格证书信息。

二、网上报名

在我省网上报名时间段内，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。

申请人在网报过程中，应仔细阅读《个人承诺书》并按网报系统提示签字上传，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，务请重新上传，否则不能认定。

附件2

2022年教师资格认定体检指定医院一览表

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 医院名称 | 医院地址 | 联系电话 |
| 泰州市第二人民医院 | 泰州市姜堰区健康路27号 | 88113500  工作日7:30门诊大厅入 |
| 泰州市人民医院 | 泰州市海陵区海陵路399号 | 86606788 |
| 泰州市中医院 | 泰州市海陵区济川东路86号  （高架桥下） | 86611907 |
| 泰州市第四人民医院 | 泰州市海陵区鼓楼北路99号  门诊五楼体检中心 | 80185329 |
| 泰州市中西医结合医院 | 泰州市江州南路111号 | 13852866800 |
| 泰州市第三人民医院 | 泰州市高港区春港路98号  门诊二楼体检中心 | 13016733084 |
| 兴化市人民医院 | 兴化市英武南路419号  门诊三楼体检中心 | 80260056 |
| 泰兴市人民医院 | 泰兴市人民医院润泰路院区  （润泰路98号）  门诊四楼健康管理中心 | 87026028 |
| 靖江市人民医院 | 靖江市中洲东路28号  医院东南角10号楼健康管理中心 | 84995160 |

附件3

**2022年教师资格认定体检须知**

根据《关于做好教师资格认定体检工作的通知》等文件要求，申请认定教师资格的人员，均应参加体检。现将有关体检须知通知如下:

1.请您在规定时间内到指定医院（详见附件2）参加体检，体检时须携带身份证原件、指定的体检表（详见附件4、5），体检表第一至四行请提前填写完整，体检费用自理。泰州市第二人民医院工作日7:30开始体检，其他医院需提前咨询。

2.为保证血液检验结果准确无误，体检前两天请注意休息，不要参加剧烈运动，不要饮酒，饮食要清淡。参加体检时，请保持空腹，体检开始前10小时内不得进食和饮水。

3.体检过程中，请遵守体检纪律，服从体检工作人员安排，不随意走动，以防止项目漏检。申请人故意不参加检查，造成项目漏检，该项目将视同不合格处理。

4.体检表中“既往病史”一栏，申请人应如实填写。如有隐瞒严重病情、不符合认定条件者取得教师资格，按弄虚作假、骗取教师资格处理，撤销其教师资格。

5.如因怀孕等特殊情况申请缓检某些项目的，需主动向医院说明，并提交相关的医学证明和书面申请。

6.根据规定，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。

附件4

江苏省幼儿园教师资格申请人员体检表

体检号

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | | 年 龄 | | | |  | | | | | 性 别 | | | |  | | | 照  片 |
| 民 族 |  | | | 籍 贯 | | | |  | | | | | 婚 否 | | | |  | | |
| 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（请注明）  受检者确认签字： | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 五 官 科 | 裸 眼  视 力 | 左 | | | | | 矫 正  视 力 | | | | 左 | | | 矫 正  度 数 | | | | | 左 | 医师意见  和签名  眼科  耳鼻喉科  口腔科 |
| 右 | | | | | 右 | | | 右 |
| 辨色力 |  | | | | | | | | | 眼病 | | |  | | | | | |
| 听 力 | 左耳 米 | | | | | | | 右耳 米 | | | | | | | 其他 | | |  |
| 鼻 | 嗅觉 | | |  | | | | | | 鼻及鼻窦 | | | | |  | | | |
| 面 部 |  | | | | | | | | | 咽 喉 | | |  | | | | | |
| 口腔唇腭 |  | | | | | | | | | 齿 | | |  | | | | | |
| 其 他 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 内 科 | 血 压 | | | 毫米汞柱 | | | | | | | | 心 率 | | | | 次/分钟 | | | | 医师意见  签名 |
| 神经及精神 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 发育及营养状况 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 肺及呼吸道 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 心脏及心血管 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 腹部器官 | | | 肝 | | | | |  | | | | | | | | | | |
| 脾 | | | | |  | | | | | | | | | | |
| 其 他 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 外 科 | 身 高 | | 厘米 | | | | | | | 体 重 | | | | | 千克 | | | | | 医师意见  签名 |
| 淋 巴 | |  | | | | | | | 脊 柱 | | | | |  | | | | |
| 四 肢 | |  | | | | | | | 关 节 | | | | |  | | | | |
| 皮 肤 | |  | | | | | | | 颈 部 | | | | |  | | | | |
| 其 他 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 胸片  或  胸透 | （注：对出现呼吸系统疑似症状者须进行胸片项目检查） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 医师签名 |
| 心电图 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 医师签名 |
| 化验  检查  (附化验单) | 淋球菌 | | | | |  | | | | | 梅毒螺旋体 | | | | | | |  | | 医师签名 |
| ALT | | | | |  | | | | | 其他项目 | | | | | | |  | |
| 妇科  检查 | 滴 虫 | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | 医师签名 |
| 外阴阴道假丝酵母菌 | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| 体检  结论 | 负责医师签名：  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 体检  医院  意见 | 请体检医院根据《江苏省教师资格认定体检标准》明确结论：该同志符合（不符合）江苏省教师资格认定体检标准，体检合格（不合格）。不合格的需注明原因。    （体检医院盖章）  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 备注 | 进行复检人员需在此注明复检项目和结果，体检医院据此作出是否合格结论，并加盖医院章。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

附件5

江苏省中小学教师资格申请人员体检表

体检号

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | | 年 龄 | | | |  | | | | | 性 别 | | | |  | | | 照  片 |
| 民 族 |  | | | 籍 贯 | | | |  | | | | | 婚 否 | | | |  | | |
| 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（请注明）  受检者确认签字： | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 五 官 科 | 裸 眼  视 力 | 左 | | | | | 矫 正  视 力 | | | | 左 | | | 矫 正  度 数 | | | | | 左 | 医师意见  和签名  眼科  耳鼻喉科  口腔科 |
| 右 | | | | | 右 | | | 右 |
| 辨色力 |  | | | | | | | | | 眼病 | | |  | | | | | |
| 听 力 | 左耳 米 | | | | | | | 右耳 米 | | | | | | | 其他 | | |  |
| 鼻 | 嗅觉 | | |  | | | | | | 鼻及鼻窦 | | | | |  | | | |
| 面 部 |  | | | | | | | | | 咽 喉 | | |  | | | | | |
| 口腔唇腭 |  | | | | | | | | | 齿 | | |  | | | | | |
| 其 他 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 内 科 | 血 压 | | | 毫米汞柱 | | | | | | | | 心 率 | | | | 次/分钟 | | | | 医师意见  签名 |
| 神经及精神 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 发育及营养状况 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 肺及呼吸道 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 心脏及心血管 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 腹部器官 | | | 肝 | | | | |  | | | | | | | | | | |
| 脾 | | | | |  | | | | | | | | | | |
| 其 他 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 外 科 | 身 高 | | 厘米 | | | | | | | 体 重 | | | | | 千克 | | | | | 医师意见  签名 |
| 淋 巴 | |  | | | | | | | 脊 柱 | | | | |  | | | | |
| 四 肢 | |  | | | | | | | 关 节 | | | | |  | | | | |
| 皮 肤 | |  | | | | | | | 颈 部 | | | | |  | | | | |
| 其 他 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 胸片  或  胸透 | （注：对出现呼吸系统疑似症状者须进行胸片项目检查） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 医师签名 |
| 心电图 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 医师签名 |
| 化验  检查  (附化验单) | 血常规 | | | | |  | | | | | ALT | | | | | | |  | | 医师签名 |
| 其他 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 体检  结论 | 负责医师签名：  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 体检  医院  意见 | 请体检医院根据《江苏省教师资格认定体检标准》明确结论：该同志符合（不符合）江苏省教师资格认定体检标准，体检合格（不合格）。不合格的需注明原因。    （体检医院盖章）  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 备注 | 进行复检人员需在此注明复检项目和结果，体检医院据此作出是否合格结论，并加盖医院章。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |