附件1：

湖北省教师资格申请人员体检表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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2：**

**湖北省幼儿园教师资格申请人员体检表**

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

**附件3：**

**申请人思想品德鉴定表**

编号：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 申请人姓名： | 性别： | 工作单位： |
| 2 | 常住地址： | 邮编： | 电话 |
| 3 | 身份证号码： | 申请资格种类及学科： |
| 4 | 工作、政治思想表现 |   |
| 5 | 热心社会公益事业情况 |   |
| 6 | 遵守社会公德情况 |   |
| 7 | 有无行政处分记录 |   |
| 8 | 有无犯罪记录 |   |
| 9 | 其他需要说明的情况 |   |
| 10 | 鉴定单位（全称） |   |
| 11 | 鉴定单位地址 |   | 电话 |   | 邮编 |   |
| （单位）填写人（签名）：                          填写日期：      年  月  日（加盖单位组织人事部门公章） |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |

说明：1、表中第1—3栏由申请人填写；第4—11栏由申请人所在工作单位或者所在乡镇（街道）填写（其中第8栏也可以由公安派出所或警署填写）。

2、“编号”由教师资格认定机关填写。

3、填写字迹应该端正、规范。

4、本表必须据实填写。

本表由中华人民共和国教育部监制，湖北省教育厅印制。