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。