德清县教育局关于2020年秋季初级中学、小学和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2020年下半年中小学教师资格认定工作的通知》（浙教资中心〔2020〕5号）精神及市县深化“最多跑一次”改革要求，结合我县实际，现就2020年我县秋季初级中学、小学和幼儿园教师资格认定工作有关事项公告如下：

**一、申报条件**

未达到国家法定退休年龄，户籍所在地、居住地(须持有居住证且在有效期内)、部队驻地（仅限现役军人和现役武警）在**湖州市**的中国公民，并具备以下所有条件的申请人：

（一）学历要求

1、申请幼儿园、小学教师资格的应当具备大学专科毕业及以上学历；

2、申请初中教师资格的应当具备大学本科毕业及以上学历；

（二）考试要求

参加国家教师资格统一考试，并取得《中小学教师资格考试合格证明》且在有效期内，网上申报与本人合格证明上教师资格种类及学科专业相一致。《中小学教师资格考试合格证明》可登陆中小学教师资格考试网查询。

（三）普通话等级要求

普通话水平测试达到二级乙等及以上标准，并取得相应等级证书（申请认定语文学科教师资格的，普通话等级要求须达到二级甲等及以上水平）。

  （四）身体要求

申请人应具有良好的身体素质，能适应教育教学工作的需要，并按照《浙江省教师资格认定体检工作实施办法（试行）》规定的标准和程序，到认定机构指定医院参加本次教师资格认定并体检合格（具体见“体检安排”）。

  （五）其他要求

遵守宪法和法律，热爱教育事业，具有良好的职业道德，能履行《教师法》规定的义务。

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、认定流程**

网上报名 电子材料确认 体检安排 结果查询

**（一）网上报名**

9月25日—10月20日，申请人登录“中国教师资格网”（www.jszg.edu.cn，10月1日-10月8日系统维护，期间网站访问和确认功能关闭），按照网站提示进入教师资格网上申报系统，根据系统提示填写报名信息。申请人须如实、准确填报本人信息并对信息的准确性负责（邮寄地址请务必详细准确，教师资格证书等材料将通过邮寄送达，并由本人签收），由于个人填报信息不真实不准确导致无法完成教师资格认定的，其责任由申请人本人承担。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里上传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，小于200K）**

2.《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，**切记只需把虚线以内的内容截图上传，如图：**

****

报名成功后，请预览《教师资格认定申请表》查看整体效果，若发现《个人承诺书》位置不正确、签名不清晰，须重新上传。

3.申请人**网上申报成功后**可加入QQ群：602173372（群名为“德清县2020年秋季教师资格认定”），加群时请注明：资格种类+姓名，如：小学英语XXX，以便政策咨询、信息沟通。

**（二）电子材料确认**

1.电子材料提交。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。10月21日至25日，申请人按以下材料清单，把相关的材料扫描成PDF格式（要求将以下4份资料扫描在一个文档中），发送至邮箱：17807813@qq.com，文档名命名为“申请资格种类+申请人姓名+联系电话”（如：小学语文 张三 11223344556）。材料清单如下 ：

（1）以户籍所在地申请认定的，申请人需提供《户口簿》原件的扫描件(户口簿的第1页和申请人本人页)；以居住地（户籍不在湖州但在本市居住的）申请认定的，提交有效期内的居住证正反面原件扫描件。

（2）中小学教师资格考试合格证明(由申请人在国家中小学教师资格考试网(ntce.neea.edu.cn)上自行下载)。

（3）学历证书原件扫描件；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。

（4）《普通话水平测试等级证书》原件扫描件。

**特别提示：未在规定时间内提交相关电子材料的，视为自动放弃。**

2.电子材料审核。

10月26日至10月30日，德清县教育局对申请人提交的电子材料进行审核，明确受理意见，并通过QQ群或电话告知。

**（三）体检安排**

符合申报条件的申请人在**2020年11月3至4日**携带身份证原件及《浙江省申请教师资格人员体格检查表》（见附件2和附件3或到“中国教师资格网”下载）到浙江省皮肤病医院体检中心（浙江省德清县武康镇武源街61号）参加体检（逾期视为自动放弃）。

申请人须仔细阅读《体检须知》（见附件1）。在体检表上贴上本人证件照（**须与网报申请时上传的彩色白底照片一致**）并如实填写相关个人信息。体检结束后，由浙江省皮肤病医院统一收取体检表，申请人不用去医院另行领取。如有疑问，可咨询浙江省皮肤病医院体检中心，体检咨询电话：0572-8287999。

**特别提示：**申请人须参加体检全部项目（如X光胸透等）。因需备孕或已怀孕等不能参加体检的申请人，建议参加下次教师资格认定。

**（四）结果查询**

申请人可在12月上旬登录“德清县教育局”网站，在公告公示栏中查看认定结果，12月中旬县教育局将以邮政EMS方式把教师资格证书等资料快递给申请人，并须申请人本人签收。

联系人： 孙老师 咨询电话：0572-8069705。

 德清县教育局

2020年9月25日

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

体检须知

根据《2020年秋季初级中学、小学和幼儿园教师资格认定工作公告》精神，现将有关体检事项通知如下：

一、体检对象

符合申报条件，申请参加2020年秋季初级中学、小学和幼儿园教师资格认定的申请人。（**特别提示：因需备孕或已怀孕等不能参加体检的申请人，建议参加下次教师资格认定。**）

二、体检时间

2020年11月3—4日上午7：00集中开始（逾期视为自动放弃。）

三、体检地点

浙江省皮肤病医院体检中心。

四、 体检要求

1、请自行下载好《浙江省申请教师资格人员体格检查表》（**注意：申请幼儿园教师资格的人员请下载附件3**），填写好身份证号、姓名、性别、出生年月等个人基本信息，并贴好一寸照片（与网报时上传的白底照片一致）。既往病史一栏：若有则打“√”，写明是何种疾病；若无则在“其他”后面填写“无”，并签名。

2、在一楼服务台领取相关体检资料。体检结束后，将体检表等资料交到服务台即可。

3、体检前三天须清淡饮食，不要饮酒，不要吃过多油腻和不易消化的食物。体检前一天要注意休息，避免剧烈运动和情绪激动，保证充足的睡眠。

4、体检当天女性不要穿连衣裙、连裤袜以方便做体检。

5、当日验血必须空腹(前一天晚上8时后采取禁食，10时后禁饮)。

6、体检表中的每项均为必查项目.

7、体检费自理，医院现场缴费。

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 | | | |  | |  |  |  |  | |  | | |  | |  |  | | |  | |  |  | | | |  | |  | | |  | |  |  |  | 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。

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 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 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。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。