**桐乡市2017年秋季教师资格认定公告**

根据国家《〈教师资格条例〉实施办法》的规定，各地教师资格认定机构每年上半年、下半年各受理一次教师资格认定申请。为了切实做好这项工作，保障教师资格认定工作的合法化和规范化，现就桐乡市2017年秋季教师资格认定工作公告如下：

**一、申请认定条件**

具备下列条件并未达到国家法定退休年龄的中国公民均可申请认定教师资格。

1.具备《教师法》规定的相应学历要求。（幼儿园、小学、初中类别要求大专或以上学历，高中类别要求本科或以上学历。）

2.遵守宪法和法律，热爱教育事业，具有良好的思想品德。

3.有教育教学能力，包括：

具备承担教育教学工作所必须的基本素质和能力，修学教育学、心理学等课程并考试合格，参加国家教师资格考试（简称国考），成绩合格。

4.普通话水平达到国家规定的标准。申请任教语文学科的要求二甲，其他二乙或以上。

5.具有良好的身心素质，在教师资格认定机构指定的县级以上医院体检合格。

6.具有桐乡户籍或工作单位在桐乡（需人事档案在桐乡）。户籍和人事档案均不在桐乡的人员应回户籍所在地申请。

**二、认定机构及其受理的申请类别**

教师资格认定实行属地管理。根据教师资格种类和教育行政部门认定权限，申请人应向户籍或工作单位（人事档案）所在地的教育行政部门提出申请,应届师范类毕业生由就读学校集体办理，应届非师范类毕业生请回生源地办理。

桐乡市教育局教师资格认定指导中心只受理认定本市户籍或在本市工作（以人事档案管辖权为准）的“初中”、“小学”和“幼儿园”教师资格申请。

对于高中和中职类的教师资格申请，我市教育局教师资格认定指导中心作为嘉兴市教育局教师资格认定指导中心下设的服务点，具体负责本市范围内(人事档案或户籍在所属县域内)“高中”及“中职类”国考考生的教师资格认定的受理服务工作，认定机构仍是嘉兴市教育局。

**三、认定程序**

**1.体格检查**

**申请**“高级中学”、“中等职业学校”、“中等职业学校实习指导”、“初中”、“小学”和“幼儿园”教师资格者请自行下载体检表（见附件一或附件二），贴上照片后，于10月9日至10月20日自行至桐乡市中医院体检中心二楼）进行体检（周日、节假日）除外，带上身份证。（体检须知见附件三）。体检结束后，按医院要求及时拿回体检表。体检不合格者不能认定教师资格。

**2.报名**

（1）网上申报：申请人员根据自己申请教师资格的类别于9月20日至10月25日，登录“中国教师资格网” http://www.jszg.edu.cn/根据系统提示填写相关信息，进行网上申请报名。（根据教育部教师资格认定指导中心文件精神，中国教师资格网开放时间为每个工作日的8:30—17:30，周末及国家法定节假日不开放。请各位申请者妥善安排好时间，不要错过报名。）其中认定机构的选择，高中类别选择 “嘉兴市教育局”桐乡服务点，初中及以下教师资格类别的选择“桐乡市教育局”。

（2）现场确认：10月26日-27日。申请“高级中学”、“中等职业学校”、“中等职业学校实习指导”、“初中”、“小学”和“幼儿园”教师资格并完成网报者，携带所需材料到指定的现场确认点进行确认，未按时进行现场确认者视为自动放弃。

确认时间：每天的8：30-11：00和13：30-16：30，逾期恕不办理。

确认地点：桐乡市梧桐街道校场西路199号（桐乡市教师进修学校9号楼3楼教师资格认定指导中心）。未进行现场确认者视为自动放弃。

现场确认提交以下原件及复印件：

（1）《教师资格认定申请表》一式两份（申请者网上填报信息后下载，用A3纸张双面打印、签署姓名并贴上二寸照片）**。**

（2）《申请人员思想品德鉴定表》一份，由工作单位（社会人员由户籍所在地乡（镇）政府、街道办事处鉴定）填写及盖章。

（3）户口簿（原件及复印件）或人事档案所在单位（人才交流中心）证明。

（4）身份证原件及复印件。

（5）学历证书原件和复印件（国外学历还需提供教育部留学生服务中心的学历鉴定认证书原件及复印件）。

（6）2014年10月以后取得的《中小学教师资格合格证明》原件和复印件或网络打印件。

（7）普通话水平测试等级证书原件和复印件。

（8）体检表（体检结束后，按要求从服务点指定医院拿回）

（9）与网报上传的电子照片相同的1寸彩色证件照2张在现场确认时交上（照片背面请用圆珠笔写上姓名和申报学科）。

申请认定中等职业学校实习指导教师资格的人员，还需提交具有相当于助理工程师以上专业技术职务或中级以上工人技术等级证书的原件和复印件。

**3.审核认定**

教师资格认定机构将于11月中旬对申请者作出是否认定结论。

**4.领取证书**

申请认定通过者11月份领取证书。今年起教师资格证书的领取可选择现场领取，也可选择邮寄领取。选择现场领取的申报者领证具体日期及地点将在桐乡教育网通知公告栏中另行公告。选择邮寄的申报者，我们将于证书做好后第一时间寄出。

**四、注意事项：**

1.**教师资格认定申请人分为全国统考合格认定申请人和未参加全国统考认定申请人。不同类别的申请人网上报名的入口不同。**登录“中国教师资格网” http://www.jszg.edu.cn/，点击“网上申报”后，注意选择正确的报名入口。

2.网报时必须严格按申报的教师资格种类、正确选择认定省份、

认定机构、认定范围及相应的现场确认点。其中，申请认定“普通高中”、“职业高中及实习指导”教师资格者，请选择“市级认定机构”；申请“初中”、“小学”和“幼儿园”请选择相应的“县级认定机构”。

3.**现场确认点选择：桐乡**

4.严格按要求上传照片（照片要求申请人近3个月内，正面、免冠、无头饰，淡蓝色、红色或白色背景，无边框。照片文件类型必须为.jpg，宽114像素，高156像素，文件大小不得超过20KB，建议到照相馆进行数码拍照并储存）。

5.填报信息必须准确， 因错报、瞒报而造成的后果申请人自负。

6.下载打印材料要求：申请人网上填报申请信息后，需打印《教师资格认定申请表》一式二份并在现场确认时随其他申请材料一起提交认定机构。在申请人登录后(“国考”红色入口，)，点击页面右侧的“打印申请材料”，可以在页面的预览窗口内看到申请表样式，系统默认选择的是A4版式。点击预览窗口右上角的“打印” 按钮，则打印所有页面。之后请将该表4张A4纸按顺序翻印成1张A3纸格式，签署姓名。《申请人员思想品德鉴定表》一份（用A4纸打印），由工作单位（社会人员由户籍所在地乡（镇）政府、街道办事处鉴定）完整填写及盖有公章。

7.申请人必须在规定的网报日期内登录全国教师资格网填报申请信息。网报后必须在规定日期到指定的确认点进行现场确认，否则视为自动放弃。

8、材料不全和逾期者不予办理。

9、申请人可适时登陆“中国教师资格网”查看申请状态，其中“审核通过已编号”表示申请者具备所申请的教师资格。

桐乡市教育局教师资格认定指导中心

                2017年9月18日

**附件一：**

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。

**附件二：**

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。

**附件三：**

**2017年秋季教师资格认定健康体检须知**

欢迎您来我院健康体检！为了做好本次体检工作，并能准确反映您身体的真实状况，现将体检有关事项向您告知如下：

**一、体检日期：**2017年10月9日--2017年10月20日。

**二、体检时间：**上午7：30---10：30；其中抽血时间7：30--9：30。（周日、节假日除外）

**三、体检项目：**内科、外科、五官科、眼科、口腔科、血常规、测血压、尿常规、肝肾功能**（根据浙教办师[2010]30号文件精神，取消乙肝项目（表面抗原）检测）**。血糖、胸正位DR片、彩超（肝、胆）、心电图。申请幼儿园教师资格人员体检增加妇科等项目。

**四、体检地点：**

桐乡市中医院6号楼2楼体检中心（茅盾西路136号）；

**五、体检流程：**

1、持申请人身份证和体检表（贴好照片）在体检中心导检台交费，交费标准：高中、初中、小学220元/人，幼教410元/人，然后领取条形码。

2、按体检项目在相应科室做体检。

3、凭餐券在体检中心餐厅领取早餐一份。

4、体检结束后请将体检表交到导检工作人员处。

**五、注意事项：**

1、体检表既往病史一栏受检者必须确认签字。

2、为了保证您血液生化检查的准确性，请您于体检前一天进清淡饮食，不吃高糖高脂等饮食，注意休息，勿熬夜，不饮酒，避免剧烈运动。晚九时后禁食。

3、需校正视力者请自备眼镜。

4、女同志妊娠期不宜做胸透检查。女同志例假，请暂缓尿液检查。例假结束后3-5天补检。

5、本次为定额体检，如需进一步检查或复检，请另行付款。

桐乡市中医院体检中心

2017年9月18日

体检中心电话：81889185