附件1

宁夏教师资格认定机构咨询电话及认定公告发布平台

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 教师资格认定机构 | | 认定通知发布平台 | |
| 机构名称 | 电话 | 平台名称 | 平台网址 |
| 1 | 自治区教育厅 | 0951-5559105 | 宁夏回族自治区教育厅 | http://jyt.nx.gov.cn/ |
| 2 | 宁夏教师资格  认定指导中心 | 0951-5063017 | 宁夏高师培训中心 | http://gspx.nxu.edu.cn |
| 3 | 银川市教育局 | 0951-6888716 | 银川市教育局 | http://jyj.yinchuan.gov.cn |
| 4 | 兴庆区教育局 | 0951-6712745 | 兴庆区人民政府 | http://www.xqq.gov.cn |
| 5 | 金凤区教育局 | 0951-5671452      5671103 | 金凤区教育局 | https://jfq.nxeduyun.com |
| 6 | 西夏区教育局 | 0951-2077833 | 西夏区人民政府 | http://www.ycxixia.gov.cn |
| 7 | 灵武市教体局 | 0951-4029893 | 灵武市人民政府 | http://www.nxlw.gov.cn |
| 8 | 贺兰县教体局 | 0951-8066193 | 贺兰县人民政府 | http://www.nxhl.gov.cn |
| 9 | 永宁县教体局 | 0951-8019498 | 永宁县人民政府 | http://www.nxyn.gov.cn |
| 10 | 石嘴山市教体局 | 0952-3963610 | 石嘴山市教育体育局 | http://jyty.shizuishan.gov.cn/ |
| 11 | 大武口区教体局 | 0952-2095128 | 大武口区人民政府 | http://www.dwk.gov.cn |
| 12 | 惠农区教体局 | 0952-3977986      3318211 | 惠农区人民政府 | http://www.huinong.gov.cn |
| 13 | 平罗县教体局 | 0952-3816122 | 平罗县教育云 | http://pl.nxeduyun.com |
| 14 | 吴忠市教育局 | 0953-2037963 | 吴忠市人民政府 | http://www.wuzhong.gov.cn |
| 15 | 利通区教育局 | 0953-2665388 | 利通区人民政府 | http://ltq.wuzhong.gov.cn |
| 16 | 青铜峡市教育局 | 0953-3069163 | 青铜峡市人民政府 | http://www.qtx.gov.cn |
| 17 | 红寺堡区教育局 | 0953-5091878 | 红寺堡区人民政府 | http://www.hongsibu.gov.cn |
| 18 | 同心县教育局 | 0953-8022366 | 同心县人民政府 | http://www.tongxin.gov.cn/ |
| 19 | 盐池县教体局 | 0953-6024908 | 盐池县人民政府 | http://www.yanchi.gov.cn |
| 20 | 固原市教体局 | 0954-2929499 | 固原市人民政府 | http://www.nxgy.gov.cn/ |
| 21 | 原州区教体局 | 0954-2031894 | 原州区人民政府 | http://www.yzh.gov.cn |
| 22 | 西吉县教体局 | 0954-3015583 | 西吉县人民政府 | http://www.nxxj.gov.cn |
| 23 | 隆德县教体局 | 0954-6011060 | 隆德县人民政府 | http://www.nxld.gov.cn |
| 24 | 彭阳县教体局 | 0954-7012521 | 彭阳县人民政府 | http://www.pengyang.gov.cn |
| 25 | 泾源县教体局 | 0954-5013629 | 泾源县人民政府 | http://www.nxjy.gov.cn |
| 26 | 中卫市教育局 | 0955-7023043 | 中卫市人民政府 | http://www.nxzw.gov.cn/ |
| 27 | 沙坡头区教育局 | 0955-8597667 | 沙坡头区人民政府 | http://www.spt.gov.cn |
| 28 | 中宁县教体局 | 0955-8737166 | 中宁县人民政府 | http://www.znzf.gov.cn |
| 29 | 海原县教体局 | 0955-4621028 | 海原县人民政府 | http://www.hy.gov.cn |

附件2

宁夏回族自治区教师资格认定体检标准及办法

根据《教师法》《教师资格条例》《＜教师资格条例＞ 实施办法》和《宁夏回族自治区教师资格制度实施细则》，参照《普通高等学校招生体检工作指导意见》《公务员录用体检通用标准》等，结合我区教师资格认定工作实际，特制定本办法。

一、适用对象

本办法适用对象为在我区申请教师资格认定的人员。

二、体检结果分为合格、不合格

（一）严重心脏病、心肌病，不合格。

先天性心脏病经手术治愈或室间隔缺损分流量少、动脉导管未闭返流血量少，经二级以上医院专科检查确定无需手术者，合格。

（二）结核病未治愈者不合格。

原发性肺结核、继发性肺结核、结核性胸膜炎，临床治愈后稳定1年无变化者，合格。

肺外结核病：肾结核、骨结核、腹膜结核、淋巴结核等，临床治愈后2年无复发，经二级以上医院（或结核病防治所）检查无变化者，合格。

（三）严重的血液病，不合格。

单纯性缺铁性贫血，血红蛋白男性高于90g/L、女性高于80g／L，合格。

（四）慢性支气管炎伴阻塞性肺气肿、严重支气管扩张、严重支气管哮喘，不合格。

（五）严重慢性胃、肠疾病不合格。

胃溃疡或十二指肠溃疡已愈合，且1年内无出血史，1年以上无症状者，合格。

胃次全切除术后无严重并发症者，合格。

（六）各种急慢性肝炎和肝硬化不合格。

（七）恶性肿瘤不合格。

（八）慢性肾炎、慢性肾盂炎、多囊肾、肾功能不全，或急性肾炎治愈不足2年，不合格。

（九）I型糖尿病、П型糖尿病，伴心、脑、肾、眼及末梢循环等其他器官功能严重受损者，不合格。

尿崩症、肢端肥大症等内分泌系统疾病患者，不合格。

甲状腺功能亢进治愈后1年无症状和体征者，合格。

（十）有癫痫病史、精神病史、癔病史、严重的神经官能症（经常头痛头晕、失眠、记忆力明显下降等），精神活性物质滥用和依赖者，不合格。

（十一）红斑狼疮、皮肌炎和多发性肌炎、硬皮病、结节性多动脉炎、类风湿性关节炎等各种弥漫性结缔组织疾病，大动脉炎，不合格。

（十二）淋病、梅毒、软下疳、性病性淋巴肉芽肿、尖锐湿疣、生殖器疱疹，艾滋病，不合格。

（十三）晚期血吸虫病，晚期血丝虫病兼有橡皮肿或有乳糜尿，不合格。

（十四）色盲、色弱，幼儿园教师资格，不合格。

（十五）青光眼、视网膜、视神经疾病，不合格。陈旧性或稳定性眼底病，合格。

（十六）双耳均有听力障碍，在佩戴助听器情况下，双耳在3米以内耳语仍听不见者，不合格。

（十七）四肢有一肢缺失或不能运动，借助辅助工具仍不能完成教学者，不合格。

（十八）语言残疾或口腔有生理缺陷及耳、鼻、喉疾病之一并妨碍发音者，不合格。

（十九）面部有较大面积（3×3厘米）疤痕、血管瘤、白癜风、色素痣，或斜颈、面瘫、唇腭裂及其手术后遗症、一眼失明及五官先天或后天性残缺、畸形等情况，经修正和借助辅助工具仍严重影响面容者，幼儿园、小学教师资格，不合格。

（二十）申请幼儿园教师资格，淋球菌、梅毒螺旋体和妇科滴虫、外阴阴道假丝酵母菌（念球菌）检查阳性者，不合格。

三、体检机构

各级教师资格认定机构依法指定县级以上体检医院或体检中心负责体检，所指定的体检医院须具有二级及以上资质、体检费用标准通过当地物价部门审核。

四、体检要求

（一）教师资格认定申请人员体检工作即关乎申请人切身利益，又关乎教师队伍准入门槛，责任重大。各认定机构要加大对体检工作的协调、督查力度，及时与体检医院协商解决体检中出现的疑难问题。各指定体检医院要高度重视，客观公正、实事求是地开展体检工作，确保体检结论准确、真实。一旦发现体检环节弄虚作假，参与其中的申请人不得通过教师资格认定，参与其中的医务人员要严肃追责处理。体检医院出现严重问题的，认定机构除取消其体检资格外，还要报医院主管行政部门对其追责处理。

（二）体检医院要指定一名副院长负责体检工作，并选调政治思想素质好、工作责任心强、作风正派、业务水平高的体检医师、护士和工作人员组成检查队伍。在每次体检前，组织检查人员认真学习政策规定及本办法。体检过程中，体检表、检验单须由医院指定专人传递和集中保管。每项检查，指定专人组织、逐个对照检查，坚决防止漏检或作弊。

（三）参与体检工作的各科医师要对本科所检项目负责，不得漏填或错填。发现阳性体征，必须如实记入体检表，不得随意涂改。确需更正的，应首先在被更改的结果上横腰划线，确保其更改后仍然清晰可见，然后在旁边写上更改后的论断或数据，主检医师签名，并加盖体检医院公章，以示负责。疾病名称、化验结果及体检结论，均应用中文填写。

（四）主检医师应及时综合各科检查结果，全面检查无误后，对照教师资格认定体检标准做出“合格”或“不合格”的结论，填写在体检结论栏内。医院根据体检综合情况，做出“体检合格”或“体检不合格”的结论，由负责院长签字并加盖公章，填写在体检医院意见栏内。

（五）体检中若发现疑难问题，应采取集体会诊或进一步检查后再下结论。如因设备条件限制或会诊仍难判断的，申请人应到上一级认定机构指定的医院复查。复查时，只限单科复查，并用原体检表。复查医院对体检医院的诊断结论否定时，要在诊断证明书上详注复查结果。申请人在其他医疗机构自行取得的任何体检材料，均不得作为当事人申请认定教师资格健康状况的依据。

五、其他说明事项

本办法自印发之日起执行，原办法自本办法实施之日起废止。本办法由宁夏回族自治区教育厅负责解释。

附件3

宁夏回族自治区教师资格认定申请人体检表

（2021年）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | | | 性别 | | | |  | | | 年龄 | | | | |  | | | | 民族 | | | | | |  | 婚否 | | | | |  | 照片 |
| 身份证号码 | |  | | | | | | | | | | | | | 网报名号 | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| 申请教师资格种类、学科 | |  | | | | | | | | | | | | | 手机号码 | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| **请申请人本人如实填写下列项目：**  （在每项后的空格中打“√”回答“有”或“无”。如故意隐瞒，后果自负。) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 病名 | | | | 有 | | | 无 | | | 治愈时间 | | | | | | | | 病名 | | | | | | | | | | | | 有 | | 无 | | 治愈时间 |
| 严重胃肠疾病 | | | |  | | |  | | |  | | | | | | | | 恶性肿瘤 | | | | | | | | | | | |  | |  | |  |
| 癫痫 | | | |  | | |  | | |  | | | | | | | | 精神病 | | | | | | | | | | | |  | |  | |  |
| 神经官能症（癔症） | | | |  | | |  | | |  | | | | | | | | 晚期血吸虫病 | | | | | | | | | | | |  | |  | |  |
| 类风湿性关节炎 | | | |  | | |  | | |  | | | | | | | | 红斑狼疮 | | | | | | | | | | | |  | |  | |  |
| 冠心病 | | | |  | | |  | | |  | | | | | | | | 结核病 | | | | | | | | | | | |  | |  | |  |
| 风心病 | | | |  | | |  | | |  | | | | | | | | 糖尿病 | | | | | | | | | | | |  | |  | |  |
| 先心病 | | | |  | | |  | | |  | | | | | | | | 肝硬化 | | | | | | | | | | | |  | |  | |  |
| 心肌病 | | | |  | | |  | | |  | | | | | | | | 急慢性肝炎 | | | | | | | | | | | |  | |  | |  |
| 甲亢 | | | |  | | |  | | |  | | | | | | | | 急慢性肾炎 | | | | | | | | | | | |  | |  | |  |
| 支气管扩张 | | | |  | | |  | | |  | | | | | | | | 肾功能不全 | | | | | | | | | | | |  | |  | |  |
| 支气管哮喘 | | | |  | | |  | | |  | | | | | | | | 严重外伤史 | | | | | | | | | | | |  | |  | |  |
| 肺气肿 | | | |  | | |  | | |  | | | | | | | | 胰腺疾病 | | | | | | | | | | | |  | |  | |  |
| 结缔组织病 | | | |  | | |  | | |  | | | | | | | | 性传播疾病 | | | | | | | | | | | |  | |  | |  |
| 皮肤病 | | | |  | | |  | | |  | | | | | | | | 其他 | | | | | | | | | | | |  | |  | |  |
| 备注： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **受检者确认签名：**                            年     月     日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 身高 | 厘米 | | | | | | | 体重 | | | | | 公斤 | | | | | | | | | | | | | 血压 | | | | | /      mmHg | | | |
| **内科** | 心脏及血管 | | | |  | | | | | | | | | 呼吸系统 | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | 医生意见：    签名： |
| 腹部器官 | | | |  | | | | | | | | | 神经内科 | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| 其他 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **外科** | 淋巴 | | | |  | | | | | | | | | 脊柱 | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | 医生意见：      签名： |
| 四肢 | | | |  | | | | | | | | | 关节 | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 皮肤 | | | |  | | | | | | | | | 颈部 | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 其他 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **眼科** | 裸眼  视力 | | | | 右 |  | | | | | | | | | | 矫正视力 | | | | | | 右 | | | | | | | | | |  | | 医生意见：      签名： |
| 左 |  | | | | | | | | | | 左 | | | | | | | | | |  | |
| 辨色力 | | | |  | | | | | | | | | | | 眼病 | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 其他 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **五**  **官**  **科** | 听力 | | | | 左耳：         米 | | | | | | | | | | | | | | 右耳：           米 | | | | | | | | | | | | | | | 医生意见：          签名： |
| 耳疾 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 鼻部 | | | | 嗅觉 | | |  | | | | | | | | 鼻及鼻窦 | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| 咽喉 | | | |  | | | | | | | | | | | 口腔唇颚 | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| 齿 | | | |  | | | | | | | | | | | 面部 | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| 其他 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **检验**  **项目** | 血常规 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 医生意见：  签名： | | | | | |
| 生化类 | | | | 肝功能 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 医生意见：        签名： |
| 肾功能 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 葡萄糖 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 免疫类 | | | | 艾滋病病毒抗体（HIV） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 医生意见：    签名： |
| 梅毒血清特异性抗体（TPHA） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 尿常规 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 医生意见：    签名： |
| **幼儿园教师资格申请人体检增加项目** | | | 滴虫 | | | | | | | | 念球菌 | | | | | | | | | | | | | 淋球菌 | | | | | | | | | | 医生意见：    签名： |
|  | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| **心电图** | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 医生意见：    签名： |
| **放射科** | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 医生意见：    签名： |
| **B超检查** | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 医生意见：    签名： |
| **体检结论** | | | 负责医师签名： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **体检医院**  **意见** | | | 体检负责人签名：            医院公章或体检专用章                            年   月   日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |