监利市教育局2023年中小学教师资格认定

公 告

根据湖北省教师资格管理办公室《关于做好2023年我省中小学教师资格制度实施工作的通知》要求，现将我市2023年教师资格认定工作有关事项公告如下：

1. 申报认定范围

根据《湖北省〈教师资格条例)实施细则》规定，荆州教育局负责本辖区内高中、中等职业学校和中等职业学校实习指导教师资格的认定，由监利市教育局代为受理后,统一报荆州市教育局认定。监利市教育局负责本辖区内初中、小学、幼儿园教师资格认定。

凡未达到国家法定退休年龄，符合国家《教师资格条例》《湖北省<教师资格条例>实施细则》（鄂教资〔2012〕1号)、《关于我省教师资格认定学历问题的说明》（鄂教资〔2012〕4号)和《关于我省申请幼儿园教师资格学历问题的通知》（鄂教资〔2015〕6号)

中关于教师资格认定条件、户籍所在地或居住地（须持有当地居住证且在有效期内)在监利市的中国公民，可在监利市申请认定幼儿园、小学、初级中学教师资格。

根据《教育部办公厅 中共中央台湾工作办公室秘书局 国务院港澳事务办公室秘书行政司关于港澳台居民在内地（大陆）申请中小学教师资格有关问题的通知》（教师厅〔2019〕1号）规定，在我省学习、工作和居住的港澳台居民，无犯罪记录，持港澳台居民居住证可在居住地、持港澳居民来往内地通行证或5年有效期台湾居民来往大陆通行证可在教师资格考试所在地申请认定中小学教师资格。申请认定教师资格的学历及其他条件、程序要求与内地（大陆）申请人相同。

1. 网上报名时间

春季网上报名时间：

2023年4月6日7：00——4月20日17：00。

秋季网上报名时间：

2023年9月14日7：00——9月27日17：00。

注：申请人勿将网报延至最后一天，以免申报操作过多造成系统故障而影响申报。

1. 认定对象

已取得中小学教师资格考试合格证明且在有效期之内的人员。

根据《教育部关于推进师范生免试认定中小学教师资格改革的通知》(教师函〔2022〕1号)要求，按规定程序取得《师范生教师职业能力证书》的教育类研究生和相关专业师范生。

1. 学历标准

申请认定幼儿园、小学、初中、高中教师资格及中职、中职实习指导教师学历按照《关于我省教师资格认定学历问题的说明》(鄂教师〔2012〕4号)和《关于我省申请幼儿园教师资格学历问题的通知》(鄂教资〔2015〕6号)有关规定标准执行。

五、普通话要求

申请语文学科、小学全科和幼儿园教师资格需达到二级甲等及以上标准。申请其他教师资格需达到二级乙等及以上标准。

六、体检标准

申请人体检标准严格按照《湖北省申请认定教师资格人员体检标准及办法》(鄂教师〔2002〕3号)规定执行。申请幼儿园教师资格人员的体检按照教育部教师资格认定指导中心《关于调整申请认定幼儿园教师资格人员体检标准的通知》的规定执行。所有体检项目必须完检，具体安排以各认定机构网站发布的认定公告为准。省人民医院为疑义问题终检医院。

七、网上报名(第一步)

1. 申请人登录中国教师资格网（www.jszg.edu.cn），通过“网上办事”栏目下“教师资格认定”服务入口，点击“在线办理”进行账号注册和报名。注册方法可参考中国教师资格网主页面“咨询服务”栏下的“操作手册”。注册成功后，先完善个人信息，并在规定的网报时间段内登录报名。

2.监利市的申请人必须严格按照相关规定，选择户籍所在地或居住地的认定机构（高中教师资格认定机构为荆州市教育局；初中、小学和幼儿园教师资格认定机构为监利市教育局），同时选择相应的申请认定的教师资格类别。

3.申请人在信息系统上传照片和教师资格证书持证人粘贴照片，必须统一使用近期免冠正面1寸彩色白底证件照（上传格式为JPG/JPEG格式,不大于190KB）。申请人要在网报系统中填报手机号码。

4.签署《个人承诺书》，申请人请点击个人承诺书图片，通过手机浏览器、微信、支付宝或其他扫码工具扫描页面中弹出的二维码，并在手机端手写签名。提交签名后，点击网页端的“已提交”按钮，查看签名合成后效果。如需修改，可点击合成后的图片，重新获取二维码。如预览时发现上传的《个人承诺书》位置不正确、不清晰或签名不完整，请务必重新上传，以免影响认定。

5.申请人先核对所填报名信息，确认无误后提交报名申请。信息提交成功后，申请人牢记系统生成的报名号和报名所填写的相关信息。

6.申请人报名结束后，请点击“退出”按钮，关闭报名页面，以防个人信息不慎被修改。

八、体检(第二步)

申报人(申报幼儿园、小学、初中、高中阶段教师资格人员)在监利市中医院进行体检。高中、初中、小学教师资格申报人按照《湖北省中小学教师资格申请人员体检表》，幼儿园教师资格申报人按照《湖北省幼儿园教师资格申请人员体检表》要求到监利市中医院体检。（表格附后）

九、现场确认(第三步)

1.现场确认时间：春季4月7日至4月21日，秋季9月15日至9月28日(有效工作日9:00 - 17:00)。

2.现场确认地点：监利市市民之家南楼三楼A313-A316窗口

3.咨询电话：0716-3387992 QQ工作群号：697122313

申请人网上申报完成后，按规定时间携带以下材料到现场确认地点进行现场审核确认。具体材料要求如下：

1.在户籍所在地申请认定的，提交本人户口本或集体户口证明原件和复印件；在居住地申请认定的，应当提交有效的居住证原件和复印件。

2.二代身份证（需在有效期内）原件和复印件1份。

3.学历证书原件。港澳合学历和国外学历还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》原件或《国(境)外学历认证书》的原件。学历信息经过学信网电子信息比对的可不提交。

特别提示：在审核材料过程中，对于国家认定信息系统无法直接比对验证的学历（中等职业学校学历除外），申请人须提交《中国高等教育学历认证报告》（在学信网在线申请），否则视为不合格学历将不予受理。建议申请人提前在学信网验证学历，无法验证的及时申请认证报告。

4.《湖北省中小学教师资格申请人员体检表》原件或《湖北省幼儿园教师资格申请人员体检表》原件（体检表见附件）。

5.《普通话水平测试等级证书》原件（通过电子信息比对成功的可不提交)。

6.《中小学教师资格考试合格证明》或《师范生教师职业能力证书》无需提交，由报名系统自动比对核验。

7.近期免冠正面1寸彩色白底证件照（正规证件相片，用以办理教师资格证书，应与网上申报时上传相片同底版，相片背面写明姓名、身份证号)。

8.现役军人和现役武警在服役地申请的，应提供军官证或警官证，如证件上不能显示服役所在地，另需提供所属部队或单位的组织人事部门出具的人事关系证明，证明格式依该部队或单位的规定而定，证明应明示申请人服役所在地。

9.港澳台居民分别由香港特别行政区政府香港警务处、澳门特别行政区政府身份证明局和台湾地区有关部门开具。申请人需及时到所选择的认定机构开具《无犯罪记录证明函件》，申请人自行将函件交给香港、澳门及台湾相关部门，由其核实后将核查结果交给相关认定机构。核查结果将作为认定依据。未能按时提供核查结果书面回函的，本次教师资格认定申请无效。

申请中等职业学校实习指导教师资格类别的申请人，除提供以上资料外，还需提供相当助理工程师及以上专业技术职务的职称证书或中级及以上工人技术等级的资格证书。

请申请人按规定时间、地点和要求进行网上申报和现场审核等，因错过申报时间、选错认定机构或现场确认点、申报信息有误或提交材料不全等原因未在规定时间内完成申报工作的，认定机构将不再受理，责任由申请人本人承担。申请人每年只可以申请认定并取得一种教师资格证书。

申请人在申请认定过程中如有弄虚作假、骗取教师资格行为的，一经查实，依据相关法规，将会受到撤销教师资格的处罚。被撤销教师资格者自撤销之日起5年内不得重新取得教师资格。

十、审批、公示、制证、发证(第四步)

申请人（或委托人）可凭《身份证》或《授权委托书》到现场确认点领取《教师资格证书》和《教师资格认定申请表》（简称一证一表)，《教师资格认定申请表》请务必及时存入个人人事档案。

附件：1.《湖北省中小学教师资格申请人员体检表》

2.《湖北省幼儿园教师资格申请人员体检表》

2023年4月4日

附件1

**湖北省中小学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。**