**南昌市东湖区2022年下半年中小学教师资格认定工作安排**

请申请人密切关注“南昌市东湖区政府”（ http://dhq.nc.gov.cn）“公示公告”中发布的相关通知，或加入“QQ群，群号为 615076740 。群中昵称改为“网报号”，如因未及时浏览信息而耽误的，由申请人自行负责。

一、报名注意事项：

报名网站是中国教师资格网，网址：http://www.jszg.edu.cn

二、网上报名时间：

 第二阶段：2022年9月28日至10月14日

三、网报对象为：持有东湖区（户口本，居住证且在有效期内，江西省人才市场常住人口登记表）原件。(三项其中一项即可），方可在东湖区申报。（请勿选错县区确认点，带来不必要的困扰。）

四、确认安排：

申请人必须完成第一步在中国教师资格网上报名才可进行网上确认操作，并于2022年10月1日-10月14日登录网站（http://jqc.nanchangpost.com），网站开放时间在10月1日以后，请按流程提交所需材料。

网上审查所需材料：

（1）申请人拍照上传户口簿或有效期内居住证件，在南昌市就读专升本学生和在读的全日制研究生上传学生证。

（2）证书照片。申请人应提交近期彩色白底一寸正面免冠证件照片（与网上报名上传照片同底版）。

（3）邮寄地址信息。

（4）学历证书（在南昌市就读专升本学生和在读的全日制研究生按已取得的学历参加认定）。

（5）普通话证书。根据教育部相关规定，普通话水平测试成绩可以通过“国家政务服务平台” (http://gjzwfw.www.gov.cn)查询，查询结果与证书具有同等效力。

（6）申请人国外学历应提交教育部留学服务中心出具的《国外学历学位认证书》，港澳台学历应提交教育部留学服务中心出具的《港澳台学历学位认证书》。

（7）中等职业学校实习指导教师资格申请人，除提供以上材料外，还需提供相当助理工程师及以上专业技术职务或者中级以上工人技术等级证书。

五、体检

申请人于10月15日-10月31日前往指定医院，根据《江西省教师资格申请人员体检办法（修订）》办法，体检合格方可认定。后续会于10月15日前发补充公告公布指定医院名单，请关注南昌市教育局官方网站。（http://edu.nc.gov.cn/）

六、证书发放时间：

（幼儿园、小学、初中的教师资格证书由我区发放，高中，中等职业教师资格证书由南昌市教育局发放。）具体时间大约：1月上旬，会在QQ群中发布。考虑疫情原因，最好邮寄证书，邮费到付。

东湖区教师资格认定办公室

2022年9月23日

附件1

南昌市中小学教师资格认定机构联系方式

| 序号 | 认定机构名称 | 部门名称 | 办公电话 | 认定工作公告网址 | 电子邮箱 |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 南昌市教育局 | 工委组织部（人事科） | 0791-83986493 | http://edu.nc.gov.cn/ | ncjszg2021@163.com |
| 2 | 南昌市南昌县教育体育局 | 人事股 | 0791-85714049 | http://www.ncxedu.cn/ | rsk20010@126.com |
| 3 | 南昌市进贤县教育体育局 | 组织人事股 | 0791-85672785 | http://jxx.nc.gov.cn | 409463178@qq.com |
| 4 | 南昌市安义县教育体育局 | 行政审批服务股 | 0791-83412211 | http://anyi.nc.gov.cn/ | 512596767@qq.com |
| 5 | 南昌市东湖区教育体育局 | 教师发展中心(培训股) | 0791-87356763 | http://dhq.nc.gov.cn | 79433046@qq.com |
| 6 | 南昌市西湖区教育体育局 | 组织人事股 | 0791-86597530 | http://www.ncxh.gov.cn | 332906740@qq.com |
| 7 | 南昌市青云谱区教育体育局 | 人事口 | 0791-88461821 | http://qyp.nc.gov.cn/qypqrmzf/gsgg/list.shtml | qypjyrek@163.com |
| 8 | 南昌市青山湖区教育体育局 | 组织人事股 | 0791-88102097 | http://ncqsh.nc.gov.cn/ncqsh/qshbsfw/qshjytyj\_bsfwlist.shtml | 837369262@qq.com |
| 9 | 南昌市新建区教育体育局 | 组织人事股 | 0791-83758482 | http://xjq.nc.gov.cn/ | 284105465@qq.com |
| 10 | 南昌市红谷滩区教育体育局 | 人事组 | 0791-83950056 | http://hgt.nc.gov.cn | 76620213@qq.com |
| 11 | 南昌市南昌经济技术开发区教育文化体育事业发展中心 | 组织人事股 | 0791-83892589 | http://ncjk.nc.gov.cn | 2823516344@qq.com |
| 12 | 南昌市南昌高新技术产业开发区教育事业发展中心 | 综合股 | 0791-88161057 | http://nchdz.nc.gov.cn/ | 271664404@qq.com |
| 13 | 南昌市湾里管理局教育体育办公室 | 综合股 | 0791-83762333 | http://wl.nc.gov.cn/ | wlqjktj@163.com |

附件4

江西省教师资格申请人员

体

检

表

|  |  |
| --- | --- |
| 江 西 省 教 育 厅 | 制 |

体 检 须 知

为了准确反映受检者身体的真实状况，请注意以下事项：

1.均应到指定医院进行体检，其它医疗单位的检查结果一律无效。

2.严禁弄虚作假、冒名顶替；如隐瞒病史影响体检结果的，后果自负。

3.体检表上粘贴近期正面一寸免冠彩色白底照片一张。

4.本表第一页由受检者本人填写（用黑色签字笔或钢笔），要求字迹清楚，无涂改，病史部分要如实、逐项填齐，不能遗漏。

5.体检前一天请注意休息，勿熬夜，不要饮酒，避免剧烈运动。

6.体检当天需进行采血、B超等检查，请在受检前禁食8-12小时。

7.女性受检者月经期间请勿做妇科及尿液检查，待经期完毕后再补检；怀孕或可能已受孕者，事先告知医护人员，勿做X光检查。

8.请配合医生认真检查所有项目，勿漏检。若自动放弃某一检查项目，将会影响对您的教师资格认定。

9.体检医师可根据实际需要，增加必要的相应检查、检验项目。

10.如对体检结果有疑义，请按有关规定办理。

江西省教师资格申请人员体检表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | | | | | | | 性 别 | | | |  | | | | | | 出生年月 | | | |  | | | | | | 照  片 | |
| 民 族 |  | | | | | | | | 婚姻状况 | | | |  | | | | | | 籍 贯 | | | |  | | | | | |
| 联系电话 |  | | | | | | | | 通讯地址 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申请资格  种类 |  | | | | | | | | 身份证号 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 请本人如实详细填写下列项目  （在每一项后的空格中打“√”回答“有”或“无”，如故意隐瞒，责任自负） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 病名 | | | | 有 | | 无 | | | | | | 治愈时间 | | | 病 名 | | | | | | | 有 | | | | | 无 | | 治愈时间 | |
| 高血压病 | | | |  | |  | | | | | |  | | | 糖尿病 | | | | | | |  | | | | |  | |  | |
| 冠心病 | | | |  | |  | | | | | |  | | | 甲亢 | | | | | | |  | | | | |  | |  | |
| 风心病 | | | |  | |  | | | | | |  | | | 贫血 | | | | | | |  | | | | |  | |  | |
| 先心病 | | | |  | |  | | | | | |  | | | 癫痫 | | | | | | |  | | | | |  | |  | |
| 心肌病 | | | |  | |  | | | | | |  | | | 精神病 | | | | | | |  | | | | |  | |  | |
| 支气管扩张 | | | |  | |  | | | | | |  | | | 神经官能症 | | | | | | |  | | | | |  | |  | |
| 支气管哮喘 | | | |  | |  | | | | | |  | | | 吸毒史 | | | | | | |  | | | | |  | |  | |
| 肺气肿 | | | |  | |  | | | | | |  | | | 急慢性肝炎 | | | | | | |  | | | | |  | |  | |
| 消化性溃疡 | | | |  | |  | | | | | |  | | | 结核病 | | | | | | |  | | | | |  | |  | |
| 肝硬化 | | | |  | |  | | | | | |  | | | 性传播疾病 | | | | | | |  | | | | |  | |  | |
| 胰腺疾病 | | | |  | |  | | | | | |  | | | 恶性肿瘤 | | | | | | |  | | | | |  | |  | |
| 急慢性肾炎 | | | |  | |  | | | | | |  | | | 手术史 | | | | | | |  | | | | |  | |  | |
| 肾功能不全 | | | |  | |  | | | | | |  | | | 严重外伤史 | | | | | | |  | | | | |  | |  | |
| 结缔组织病 | | | |  | |  | | | | | |  | | | 其他 | | | | | | |  | | | | |  | |  | |
| 备 注： | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 受检者签字：    体检日期： 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 身高 | | 厘米 | | | | | | | | | 体重 | | | 公斤 | | | | | | | 血压 | | | | | / mmHg | | | | |
| 内  科 | | 病史：曾患过何种疾病（起病时间及目前症状）。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 心脏 | | | | | 心界  杂音 | | | | | | | | | | | 心率 | | | | | | | 次/分 律 | | | | | |
| 肺 | | | | |  | | | | | | | | | | | 腹部 | | | | | | |  | | | | | |
| 肝 | | | | |  | | | | | | | | | | | 神经系统 | | | | | | |  | | | | | |
| 脾 | | | | |  | | | | | | | | | | | 其他 | | | | | | |  | | | | | |
| 建议 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | 医师签字 | | | | |  |
| 外  科 | | 病史：曾做过何种手术或有无外伤史（名称及时间），目前功能如何。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 皮肤 | | | | |  | | | | | | | | | | | 浅表  淋巴结 | | | | | | |  | | | | | |
| 头颅 | | | | |  | | | | | | | | | | | 甲状腺 | | | | | | |  | | | | | |
| 乳腺 | | | | |  | | | | | | | | | | | 脊柱  四肢关节 | | | | | | |  | | | | | |
| 肛门  外生殖器 | | | | |  | | | | | | | | | | | 其他 | | | | | | |  | | | | | |
| 建议 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | 医师签字 | | | | |  |
| 眼  科 | | 裸眼  视力 | | | | | 右 | | | | | | | 矫 正  视 力 | | | 右 | | | | | | | | 医师签字 | | | | |  |
| 左 | | | | | | | 左 | | | | | | | |
| 色觉 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 其他 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 建议 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | 医师签字 | | | | |  |
| 耳  鼻  喉  科 | | 听力 | | | | | 左耳  右耳 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 耳部 | | | | |  |
| 鼻部 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | 咽部 | | | | |  |
| 喉部 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | 嗅觉 | | | | |  |
| 其他 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 建议 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | 医师签字 | | | | |  |
| 口  腔  科 | | | 唇腭舌 | | | | |  | | | | | | | | 牙齿 | | | | | | | |  | | | | | | | |
| 是否  口吃 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 其他 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 建议 | | | | |  | | | | | | | | | | | | 医师签字 | | | | | | | |  | | | |
| 妇科检查 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | 医师签字 | | | | | | | |  | | | |
| 心电图 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | 医师签字 | | | | | | | |  | | | |
| 胸部X光片 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | 医师签字 | | | | | | | |  | | | |
| 腹部B超  检查 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | 医师签字 | | | | | | | |  | | | |
| 申请幼儿  教师资格  加测 | | | 妇科 | | 滴虫 | | | | |  | | | | | | | | | | 医师签字 | | | | | | | |  | | | |
| 念球菌 | | | | |  | | | | | | | | | |
| 注：对于滴虫和念球菌两项妇科检查项目未婚女性采取阴道口取样。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 体检结论  及建议 | | | 主检医师签字： 体检医院签章处  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |