附件1

吉安市教师资格认定机构政策咨询电话

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | 吉安市教育体育局 | 人事科 | 0796-8224865 | http://edu.jian.gov.cn/ | jasjyjrsk@163.com |
| 2 | 吉安市吉州区教育体育局 | 人事股 | 0796-8237931 | http://www.jzq.gov.cn/ | 807298788@qq.com |
| 3 | 吉安市青原区教育体育局 | 人事股 | 0796-8186075 | http://www.qyq.gov.cn/ | qyqjyjrsk@163.com |
| 4 | 吉安市吉安县教育体育局 | 人事股 | 0796-8440352 | 庐陵教育（微信公众号） | 515501548@qq.com |
| 5 | 吉安市吉水县教育体育局 | 人事股 | 0796-8680574 | <http://www.jishui.gov.cn/news-list-gongshigonggao.html>大美吉水教体（微信公众号） | jtjrsg203@163.com |
| 6 | 吉安市峡江县教体局 | 人事股 | 0796-7187911 | http://www.xiajiang.gov.cn/xxgk-list-gggsxlbsaq.html | jtjrsg911@163.com |
| 7 | 吉安市新干县教育体育局 | 人事股 | 0796-2600131 | 新干县教体局（微信公众号） | xgjyrs@163.com |
| 8 | 吉安市永丰县教育体育局 | 人事股 | 0796-7123811 | http://www.jxyongfeng.gov.cn | yfxjyjrsg@163.com |
| 9 | 吉安市泰和县教育体育局 | 人事股 | 0796-8638746 | http://edu.jian.gov.cn | thjyjrsg@163.com |
| 10 | 吉安市万安县教育体育局 | 人事股 | 0796-5701290 | 万安县教育体育局（微信公众号） | waxjtjzc@163.com |
| 11 | 吉安市遂川县教育体育局 | 人事股 | 0796-6326009 | 遂川县教体局（微信公众号） | scxrsg@163.com |
| 12 | 吉安市安福县教育体育局 | 人事股 | 0796-7631915 | http://www.afx.gov.cn | 1069915595@qq.com |
| 13 | 吉安市永新县教育体育局 | 人事股 | 0796-7731137 | 江西省永新县教育体育局（微信公众号） | 609415249@qq.com |
| 14 | 吉安市井冈山市教育体育局 | 人事科 | 0796-7163719 | http://www.jgs.gov.cn | jgsjyjrsk@163.com |

附件2

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，其他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  |