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

**吉安市高级中学、中等职业学校和中等职业学校实习指导教师资格证免费邮寄登记二维码**



附件3

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 | | | | | | | |