**申请人思想品德鉴定表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 申请人姓名： | 性别： | 工作单位： |
| 2 | 常住地址： | 邮编： | 电话： |
| 3 | 身份证号码： | 申请资格种类及学科： |
| 4 | 工作、政治思想表现 |  |
| 5 | 热心社会公益事业情况 |  |
| 6 | 遵守社会公德情况 |  |
| 7 | 有无行政处分记录 |  |
| 8 | 有无犯罪记录 |  |
| 9 | 其他需要说明的情况 |  |
| 10 | 鉴定单位（全称） |  |
| 11 | 鉴定单位地址 |  | 电话 |  | 邮编 |  |
| （单位）填写人（签名）：填写日期：年月日（加盖单位组织人事部门公章） |

本表由中华人民共和国教育部监制

说明：1、表中第1-3栏由申请人填写；第4-11栏由申请人所在工作单位或者所在乡镇（街道、社区）填写； 2、第8栏须由公安派出所填写并加盖公章；

3、最后一栏须单位填写人签名并加盖公章：

（1）在校研究生：学院党支部公章；

（2）事业单位社会人员：事业单位组织人事部门公章；

（3）非事业单位社会人员：乡镇、街道办、社区公章；

4、所有栏目均需填写，不可留空白。

陕西省申请认定教师资格人员体检表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生 | 年月日 | 半身一寸脱帽照片（教师资格认定办公室印章） |
| 身份证号 |  | 民族 |  | 婚否 |  |
| 联系电话 |  | 工作单位或毕业学校 |  |
| 现住所及通讯处 |  |
| 既往病史 | 性传播性疾病、皮肤病、心脏病、肾炎、肝炎、关节炎、哮喘、癫痫、结核、精神病等（以上请本人如实填写，对应处划“√”，并写明患病时间。）确认签名：日期：20 年月日 |
| 五官科 | 眼 | 视力 | 左 | 辨色 |  | 医师签字 |
| 右 |
| 矫正视力 | 左 | 其他眼病 |  |
| 右 |
| 耳 | 听力 | 左米 | 耳疾 |  | 医师签字 |
| 右米 |
| 口鼻 | 嗅觉 |  | 鼻及鼻窦 |  |
| 口吃 |  | 咽喉 |  |
| 唇颚 |  | 门齿 |  |
| 颜面部 |  | 其他 |  |
| 外科 | 身高 | 公分 | 体重 | 公斤 | 医师签字 |
| 淋巴 |  | 皮肤 |  |
| 四肢 |  | 甲状腺 |  |
| 关节 |  | 胸廓 |  |
| 外貌异常 |  | 脊柱 |  |
| 平跖足 |  | 其他 |  |
| 内科 | 血压 | 千帕毫米汞柱 | 医师签字 |
| 心率（次）/分 |  |
| 发育及营养状况 |  |
| 肺及呼吸道 |  |
| 心脏 |  |
| 腹部B超 | 肝 |  |
| 脾 |  |
| 神经及精神 |  |
| 其他 |  |
| 妇科检查 |  | 医师签字 |
| 心电图 |  | 医师签字 |
| 胸部X线 |  | 医师签字 |
| 化验检查（另附化验单） | 血液 |  | 化验员签字 | 尿液 |  | 化验员签字 |
| 体检结论 | （填写合格、不合格、受限结论，不合格和受限的须注明原因。） | 负责医师签字 |
| 体检医院意见 | 医院公章 20 年月日 |

陕西省教育厅制

说明：（1）既往病史以上栏目，必须如实填写，在病名上划“√”，并写明患病时间。如发现有隐瞒严重病史，不符合认定条件者，即使取得资格，一经发现取消教师资格。

（2）体检时须携带本人身份证，在教师资格认定机构规定的体检时间空腹到指定医院参加体检。由于本人不按规定时间和要求进行体检，造成不能体检或体检项目不完整的视为体检不合格。（3）各种检验单随表粘贴。（4）粘贴小2寸照片。