附件2

宿迁市教育局2025年第一次面向社会认定高级中学、中等职业学校、中等职业学校实习指导教师资格

体检、现场确认及领取证书安排

一、体检

1.对象：申请高级中学教师资格、中等职业学校教师资格、中等职业学校实习指导教师资格已完成网上报名人员。

2025年上半年已经参加我市各级教育行政主管部门组织的新教师入职体检合格的人员，在本次认定时可免予重复检查（现场确认时需提供教育行政主管部门加盖公章的含有体检合格结论的新教师入职体检报告复印件）。

2.时间：2025年4月21日至5月14日（法定节假日、周日除外），体检登记时间为周一至周六上午7:00-9:30。

3.地点：江苏省人民医院宿迁医院（宿迁市第一人民医院）健康管理中心（宿迁市宿城区宿支路120号），请从医院西南门（宿支路和颐和路红绿灯处）进入，车辆停放在西侧停车场。

4.体检须预约前往，预约方式：关注江苏省人民医院宿迁医院官方公众号（见下图）→进入预约主界面→点击我的，完善手机号码和身份证等个人信息→个体体检预约→选择套餐（教师资格证体检）→选择体检时间。如有疑问可拨打咨询电话：0527-80525055、0527-80765005。



江苏省人民医院宿迁医院官方公众号

5.流程：审核身份证原件→制导检单并于体检表上加盖体检专用章→缴费领取体检指引单→登记体检→体检结束上交体检表→医务人员审核，无误→体检完成。

6.体检项目及费用：依据省教育厅《关于做好教师资格认定体检工作的通知》（苏教师〔2002〕59号）及相关文件精神确定体检项目和体检标准，体检收费标准按体检医院经物价等部门核定的体检收费标准收取180元/人，体检费用由申请人员自理。

7.注意事项

（1）所有申请人员须按规定时间，到指定地点参加体检，逾期未检者，视同自动放弃本次教师资格认定，个人自行体检的结果不予认可。

（2）体检当日携带本人有效居民身份证、《江苏省教师资格申请人员体检表》（双面打印，填好既往病史”等栏内容，贴好与本次网报同版近期1寸免冠白底彩色证件照）。

（3）体检前一天注意休息，勿熬夜，不要饮酒，忌油腻，避免剧烈运动；体检当天需进行采血等检查，请在受检前禁食空腹。体检期间听从医院工作人员引导、保持安静。

（4）报到时，请主动告知体检医院本人认定教师资格种类及怀孕等特殊生理状况。妊娠期申请人可暂免检孕妇不宜的体检项目，在其他可检测项目合格的情况下，由主检医生在体检表上签署妊娠情况说明，并附上妊娠反应为阳性的检测报告或围产检查档案等证明材料。材料齐全后，可以先进行认定，但证书暂缓发放。孕期结束后，待体检项目全部检查合格后，再发放教师资格证书。

（5）体检后当场将体检表上交给体检医院。体检合格者，体检结论不再另行通知；体检不合格者，将电话通知本人，请申请人员保持通讯畅通。

（6）严禁弄虚作假、冒名顶替，如隐瞒病史影响体检结果的，即取消资格。

二、现场确认

1.对象：申请高级中学教师资格、中等职业学校教师资格、中等职业学校实习指导教师资格已完成网上报名人员。

2.时间：2025年5月6至5月7日、5月12至5月14日，上午9:00-11:30；下午14:30-17:30。

3.地点：宿迁市教育局（宿城区太湖路261号）。

4.注意事项

（1）请提前登录中国教师资格网，查看申报情况，准备好网上报名号。

（2）为避免人员聚集，现场确认须提前预约。申请人在完成网上报名后，扫描以下现场确认预约二维码，填写相关信息，选择现场确认时间段，在预约的时间段到现场进行现场确认。



（3）现场确认需提交的具体材料详见《宿迁市2025年中小学教师资格认定公告》“五、提交材料”（网报系统已核验的不需再提供）。

（4）请提前在1寸（25mmX35mm）白底彩色照片（用相片纸冲印，与本次认定网报系统上传的版式相同）的背面**用铅笔写好网上报名号、姓名、身份证号码。**

三、领取证书

认定机构在受理申请期限（即现场确认期限）终止之日起30个工作日内作出是否认定教师资格的结论。教师资格证书的领取可选择现场领取或者邮寄方式（2025年应届毕业生须现场领取），具体可在网上报名系统中选择。如选择邮寄方式（产生费用由个人承担），请务必填写正确的收件地址、联系电话。领取证书时间和方式另行通知。请关注宿迁市教育局网站（http://jyj.suqian.gov.cn/）发布的通知公告。

宿迁市教育局确认点联系电话：0527-84389575。

江苏省中小学教师资格申请人员体检表

体检号

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | 年 龄 | |  | | | | | | 性 别 | |  | | 照 片 |
| 民 族 |  | | 籍 贯 | |  | | | | | | 婚 否 | |  | |
| 现住所 |  | | | | | | | | | | 系 话 联 电 | |  | |
| 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（请注明）  受检者确认签字： | | | | | | | | | | | | |
| 五 官 科 | 裸 眼 视 力 | 左 | | 矫 正 视 力 | | | | 左 | | | 矫 正 度 数 | | | 左 | 医师意见 和签名  眼科  耳鼻喉科  口腔科 |
| 右 | | 右 | | | 右 |
| 辨色力 |  | | | | | | 眼病 | | |  | | | |
| 听 力 | 左耳 米 | | | | 右耳 米 | | | | | 其他 | |  | |
| 鼻 | 嗅觉 |  | | | | | | 鼻及鼻窦 | | |  | | |
| 面 部 |  | | | | | | | 咽 喉 | | |  | | |
| 口 腔  唇 腭 |  | | | | | | | 齿 | | |  | | |
| 其 他 |  | | | | | | | | | | | | |
| 内 科 | 血 压 | | 毫米汞柱 | | | | | | | 心 率 | | 次/分钟 | | | 医师意见  签名 |
| 神经及精神 | |  | | | | | | | | | | | |
| 发育及营养状况 | |  | | | | | | | | | | | |
| 肺及呼吸道 | |  | | | | | | | | | | | |
| 心脏及心血管 | |  | | | | | | | | | | | |
| 腹部器官 | | 肝 | | | |  | | | | | | | |
| 脾 | | | |  | | | | | | | |
| 其 他 | |  | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 外 科 | 身 高 | 厘米 | | 体 重 | 千克 | 医师意见  签名 |
| 淋 巴 |  | | 脊 柱 |  |
| 四 肢 |  | | 关 节 |  |
| 皮 肤 |  | | 颈 部 |  |
| 其 他 |  | | | |
| 胸片或胸透 |  | | | | | 医师签名 |
| 心电图 |  | | | | | 医师签名 |
| 化验检查（ 附化验单） | 血常规 | |  | ALT |  | 医师签名 |
| 其 他 | |  | | |
| 体 检  结 论 | 负责医师签名：  年 月 日 | | | | | |
| 体 检 医 院 意 见 | （请体检医院根据《江苏省教师资格认定体检标准》明确作出合格或不合格结论，不合格的需注明原因。）  （体检医院盖章）  年 月 日 | | | | | |
| 备 注 | （进行复检人员需在此注明复检项目和结果，体检医院据此作出是否合格结 论，并加盖医院章。） | | | | | |