附件3

网上评卷考生答题须知

一、选择题和非选择题作答都必须在专用的答题卡上，答在试卷和草稿纸上无效。

二、考生在开考前领取到答题卡后，要认真核对答题卡正反面，如出现字迹模糊、行列歪斜或缺印等现象要立即向监考员报告。

三、答题卡上的条形码由监考员负责粘贴在答题卡指定的贴条形码区，贴好后，考生要认真核对是否与自己的姓名、准考证号相同，如有错误应立即向监考员报告。

四、考生答题前，在规定的地方准确填写姓名、准考证号，并仔细阅读答题卡的注意事项。

五、选择题作答时，必须用合格的2B铅笔填涂，如需要对答案进行修改，应使用绘图橡皮轻擦干净，注意不要擦破答题卡。

六、非选择题必须用0.5毫米黑色签字笔作答。答题时，字迹要工整、清楚，不要写得太细长；字距适当，行距不宜过密。要严格按照答题要求，在答题卡对应题号指定的答题区域内答题，书写在题号规定区域之内，切不可超出黑色边框，超出黑色边框的答案无效。如需要对答案进行修改，可用修改符号将该书写内容划去，然后紧挨着在其上方或下方写出新的答案，修改部分书写时与正文一样不能超过该题答题区域的矩形边框，否则修改的答案无效。禁止使用涂改液改错或用胶带纸贴扯欲修改的内容。

七、作图时可先用铅笔绘出，确认后，再用0.5毫米黑色墨水签字笔描清楚。

八、保持卡面清洁,不要将答题卡折叠,弄破,严禁在答题卡的条形码和图像定位点(黑方块)周围做任何涂写和标记.

凡考生违反上述规定，造成无法评阅答题卡者，后果自负。

附件4

体检有关要求

(一)体检对象参加设岗县统一组织的体检环节。

(二)因体检不合格或其他原因出现缺额时，从本县本学段本学科已参加面试的对象中依据总成绩从高分到低分的原则递补体检对象。

(三)不按规定要求进行体检的，视为放弃体检。放弃体检、在体检过程中弄虚作假或者故意隐瞒真实情况的人员，取消其聘用资格。

(四)体检标准

体检按教育部、卫生部、中国残疾人联合会《普通高等学校招生体检工作指导意见》（教学〔2003〕3号）和《教育部办公厅、卫生部办公厅关于普通高等学校招生学生入学身体检查取消乙肝项目检测有关问题的通知》（教学厅〔2010〕2号）规定执行。

(五)体检

体检由设岗县组织实施。设岗县教育行政部门应提前将体检安排通知体检对象，体检对象持本人身份证及设岗县要求提供的其他证件在规定的时间内到指定地点报到，参加设岗县统一组织的体检。体检用表为《湖南省农村义务教育阶段学校特岗教师招聘体检表》（附后）。体检结果由设岗县教育行政部门审核确认后报省教育厅，并通过信息管理系统通知体检对象本人。

**编号：**

湖南省农村义务教育阶段学校

特岗教师招聘体检表

姓 名

招聘县（市区）

户籍所在地

毕业学校

现所在单位

填表日期

湖南省教育厅制

说　　 　明

一、体检在县级教育行政部门指定的县级以上医院进行。

二、体检标准按教育部、卫生部、中国残疾人联合会《普通高等学校招生体检工作指导意见》（教学〔2003〕3号）和教育部办公厅、卫生部办公厅《关于普通高等学校招生学生入学身体检查取消乙肝项目检测有关问题的通知》(教学厅〔2010〕2号)的有关规定执行。传染病和精神病史检查为必检项目。

三、承担体检的医院应当根据上述标准，对被检人员做出身体条件合格或不合格的结论。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | |  | | | | | 性别 | |  | | | 婚否 | | | |  | | | | 民族 | | | |  | | 半身  脱帽  正面  相片  医院骑缝章 | | | |
| 出生年月 | |  | | | | | 身份证号 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 最高学历 | |  | | | | | 职业 | |  | | | | | | | 籍贯 | | | |  | | | | | |
| 现住所及  通讯地址 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
| 既往病史 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 家族病史 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 五  官  科 | 眼 | 视力 | | | | 右 | | | 矫正视力 | | | | 右 | | | | | | | 辩色力 | | | | |  | | | 医师意见： | |
| 左 | | | 左 | | | | | | |
| 砂眼 | | | | 右 | | | 其他眼疾 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 左 | | |
| 耳 | 听力 | | | | 右　　公尺 | | | 耳疾 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 左　　公尺 | | |
| 鼻 | 嗅觉 | | | |  | | | 鼻及鼻窦疾病 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 咽喉 |  | | | | | | | 唇腭 | | | |  | | | | | | 口吃 | | |  | | | | | |  | |
| 齿 | 龋齿 | |  | | | | | 缺齿 | | | |  | | | | | | 齿槽脓漏 | | |  | | | | | |
| 其他 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 签字： | |
| 外  科 | 身高 | cm | | | | | | 胸围 | | cm | | | | | | | | 皮肤 | | | | |  | | | | | 医师意见：  签字： | |
| 体重 | kg | | | | | | 呼吸差 | | cm | | | | | | | |
| 淋巴 |  | | | | | | 甲状腺 | |  | | | | | | | | 脊柱 | | | | |  | | | | |
| 四肢 |  | | | | | | 关节 | |  | | | | | | | | 平嗻足 | | | | |  | | | | |
| 泌尿生殖器 | | | |  | | | | | | | | | | | | | 肛门 | | | | |  | | | | |
| 疝 |  | | | | | | | | | | | | | 其他 | | |  | | | | | | | | | |
| 内  科 | 血　压 | | 毫米汞柱 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 脉搏 | | | |  | | | | 医师意见：  签字： | |
| 发 育 及营养状况 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 神　经  及精神 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 肺　及  呼吸道 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 心　脏  及血管 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 腹 部  器 官 | |  | | | | | | | | | | | | | | 肝 | | | |  | | | | | | | |
| 脾 | | | |  | | | | | | | |
| 其他 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 化验检查 | | | 贴肝功能化验单  　　　　　　　　　　　　　　化验员（签章）： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 胸部爱克斯线透　　视 | | | 医师（签章）： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 其他检查 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 检查结论 | | | 负责医师（签章）： 　　　　　　　　　　　　 医院盖章 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 备　　考 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　 月　　 日