附件1

各县（市）认定机构联系方式及体检认可医院

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 州（市）教育局 | 咨询电话 | 详细地址 | 公告发布网址 | 认定机构认可体检医院 |
| 文山市教育体育局 | 0876-2143340 | 文山市凤凰路30号文山市政务大厦六楼文山市教育体育局 | 文山市人民政府网：IMG_256http://www.ynwss.gov.cn | 可在以下医院中自愿选择一所医院进行体检：1.文山市人民医院；2.砚山县人民医院；3.西畴县第一人民医院；4.麻栗坡县人民医院；5.马关县人民医院；6.丘北县人民医院体检中心；7.广南县人民医院；8.富宁县人民医院 |
| 砚山县教育体育局 | 0876-3121014 | 砚山县江那镇嘉禾三路29号砚山县教育体育局 | 砚山县人民政府门户网站  http://www.yanshan.gov.cn/ |
| 西畴县教育体育局 | 0876-7629051 | 西畴县西洒镇普兰路延长线西畴县教育体育局 | 西畴县政务网  http://www.xczw.gov.cn/ |
| 麻栗坡县教育体育局 | 0876-6627227 | 麻栗坡县政务楼11楼1109室（麻栗坡县教育体育局人事股） | 麻栗坡县人民政府门户网站  （http://www.ynmlp.gov.cn/） |
| 马关县教育体育局 | 0876-7122782 | 马关县马白镇文化路167号马关县教育体育局 | 马关县人民政府门户网  http://www.ynmg.gov.cn |
| 丘北县教育体育局 | 0876-4128487 | 丘北县锦屏镇重阳街28号丘北县教育体育局 | 丘北县人民政府门户网  （http://www.ynqb.gov.cn/） |
| 广南县教育体育局 | 0876-5154906 | 广南县莲城镇南秀社区八宝路2号县广南县教育体育局 | 广南县人民政府  IMG_256https://www.yngn.gov.cn/ |
| 富宁县教育体育局 | 0876-6125007 | 富宁县新华镇普厅北路富宁县教育体育局 | 富宁县人民政府网：IMG_256http://www.ynfn.gov.cn/ |
| 文山州教育体育局 | 0876-2191795 | 文山市河西路41号文山州教育体育局 | 文山州教育体育局微信公众号或文山智慧教育云：https://www.wscde.com/ |

附件2（以下表格须双面打印）

云南省申请教师资格认定人员体检表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | 年龄 | |  | | 性别 |  | | | 婚 否 | | |  | | | 民族 |  | 相  片 |
| 籍 贯 |  | 常住地址 | |  | | | | | | | 联系电话 | | | | |  | | |
| 既往病史(本人如实填写) | | 你是否患过下列疾病：患过√ 没有患过×   1. 肝炎🞎 2.肺结核🞎 3恶性肿瘤🞎 4.性传播性疾病🞎   5.皮肤病🞎 6.精神神经疾病🞎 7.其他慢性病🞎  受检者确认签字： | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 五  官  科 | 裸 眼  视 力 | | 右 | | | 矫 正  视 力 | | 右 | | | | | 矫 正  度 数 | | | | 右 | | 医师意见  签名 |
| 左 | | | 左 | | | | | 左 | |
| 辨色力 | |  | | | | | 眼 病 | | | | |  | | | | | |
| 听 力 | | 左耳 米 | | | | | | | 右耳 米 | | | | | | | | |
| 鼻 | | 嗅 觉 | | |  | | | | 鼻及鼻窦 | | | | |  | | | |
| 面 部 | |  | | | | | 咽 喉 | | | |  | | | | | | |
| 口腔唇腭 | |  | | | | | 齿 | | | |  | | | | | | |
| 其 它 | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 外  科 | 身 高 | | 公分 | | | | | | 体 重 | | | | | 公斤 | | | | | 医师意见  签名 |
| 淋 巴 | |  | | | | | | 脊 柱 | | | | |  | | | | |
| 四 肢 | |  | | | | | | 关 节 | | | | |  | | | | |
| 皮 肤 | |  | | | | | | 颈 部 | | | | |  | | | | |
| 其 它 | |  | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 内  科 | 营养状况 | |  | 医师意见  签名 |
| 血 压 | |  |
| 心脏及血管 | |  |
| 呼吸系统 | |  |
| 腹部器官 | |  |
| 神经及精神 | |  |
| 其 它 | |  |
| 妇科检查 | |  | | 签名 |
| 胸部透视 | |  | | 签名 |
| 化验检查 | |  | | 签名 |
| 体检结论 | | 负责医生签字： | | |
| 体检医院意 见 | | 体检医院公章    年 月 日 | | |

云南省幼儿园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 |  | | | | | | | | | | | | 联 系  电 话 | | | |  | | |
| 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  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 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 胸部透视  （胸片） | | （注：对出现呼吸系统疑似症状者须进行胸片项目检查） | | | | | | | | | | | | | | | | | | 医师签名 |
| 妇科检查 | | 滴 虫 | | | | | | | | |  | | | | | | | | | 医师签名 |
| 外阴阴道假丝酵母菌  （念珠菌） | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| 化验检查 | | 淋球菌 | | | |  | | | | | 梅毒螺旋体 | | | | | | |  | | 医师签名 |
| 其他项目 | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 体检结论 | | 负责医师签名：  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 体检医院  意 见 | | （体检医院盖章）  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 备 注 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |