附件1

**函　件**

香港特别行政区政府香港警务处：

兹有你特区居民\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_，港澳台居民居住证（或来往内地通行证）号码\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_，香港身份证号码\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_，于我省（区、市）申请认定教师资格。根据《教师资格条例》规定和《教育部办公厅 中共中央台湾工作办公室秘书局 国务院港澳事务办公室秘书行政司关于港澳台居民在内地（大陆）申请中小学教师资格有关问题的通知》（教师厅［2019］1号）要求，现需该居民提供无犯罪纪录证明，请你单位协助予以开具。

函复为盼。

联系人姓名及职衔：

办公室电话：

通信地址：

|  |  |
| --- | --- |
| IMG_256 | \_\_\_\_\_\_\_省（区、市）教育厅（教委）（\_\_\_\_\_\_\_省教师资格认定中心）20XX年X月X日  |

附件2

**函　件**

澳门特别行政区身份证明局：

兹有你特区居民\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_，港澳台居民居住证（或来往内地通行证）号码\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_，澳门身份证号码\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_，于我省（区、市）申请认定教师资格。根据《教师资格条例》规定和《教育部办公厅 中共中央台湾工作办公室秘书局 国务院港澳事务办公室秘书行政司关于港澳台居民在内地（大陆）申请中小学教师资格有关问题的通知》（教师厅［2019］1号）要求，现需该居民提供无犯罪纪录证明，请你单位协助予以开具。

函复为盼。

联系人姓名及职衔：

办公室电话：

通信地址：

|  |  |
| --- | --- |
| IMG_257 | \_\_\_\_\_\_\_省（区、市）教育厅（教委）（\_\_\_\_\_\_\_省教师资格认定中心）20XX年X月X日  |

附件3

广东省教师资格申请人员体格检查表

（2013年修订）

              市          县(区)                       申请资格种类

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓  名 |   | 性别 |   | 年龄 |   | 民族 |   | 贴 相 片 处 |
| 籍  贯 |   | 身份证号码 |   |
| 工作单位 |   | 职  业 |   |
| 通讯地址 |   | 联系电话 |   |
| 既往病史（项目见说明） |                               本人签名：  |
| (以上空白处由申请人如实填写) |
| 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 |   |
| 内科 | 血压 |   | 医师意见:     签名: |
| 营养状况 |   |
| 心脏及血管 |   |
| 呼吸系统 |   |
| 神经系统 |   |
| 腹部器官 | 肝 |   |
| 脾 |   |
| 其他 |   |
| 化验检查(附化验单) | 血常规 |   | 肝功五项（谷草、谷丙转氨酶、胆红素三项） |   | 肾功三项 |   |
| 血糖 |   | 类风湿因子 |   | 尿常规 |   |
| 仅限申请幼儿教师资格 | 淋球菌 |   | 医师意见：  签名：             |
| 梅毒螺旋体 |   |
| 妇科检查 | 滴虫 |   |
| 念球菌 |   |
| 胸部透视 |                                         医师签名: |
| 体检结论 |                                         主检医生签名:                                            年    月    日 |
| 体检医院意    见  |                       体检医院   盖章                                            年    月    日 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

说明：既往病史指心脏病、肝炎、哮喘、精神病、癫痫、结核、皮肤病、性传播性疾病等病史。本人应如实填写患病时间、治愈等情况，否则后果自负。本表双面打印。