## 隆化县行政审批局

## 关于公开选取隆化县范围内教师资格认定体检医院的公告

为了进一步规范做好教师资格认定体检工作，按照《教师资格条例》《教师资格条例实施办法》《河北省中小学和幼儿园教师资格认定实施方案》和《河北省申请教师资格人员体检标准及办法（试行）》的相关规定，受承德市行政审批局委托，经我局研究,拟公开选取隆化县范围内教师资格认定体检医院，特此公告。

一、选取条件（同时具备以下条件）

1、隆化县范围内县级以上医院；

2、具有健康体检资质；

3、能够承担《河北省教师资格申请人员体检表》(附件1）检查内容，熟练掌握体检标准。

二、选取程序

1、自主申报：有符合上述条件的医疗机构于2023年4月25日前，向县行政审批局社会事务审批股（隆化县行政审批局三楼318室；联系人：刘荣华；办公电话：7082318）提交《教师资格认定体检医院申请表》(附件2）、《医疗机构执业许可证》副本复印件和自述方案。

2、组织审核：由县行政审批局组成审核组，对申请单位提交的申请材料审核，综合考虑服务价格、服务质量、自述方案、出具报告时间等情况，采用现场打分的方式，确定1家体检医院。

3、签订协议：与最终确定的医院签订协议。

三、其他事项

1、本公告最终解释权归隆化县行政审批局所有。

2、此公告不接受邮寄申请。

3、县行政审批局联系人：刘荣华；办公电话：7082318；地址：隆化县行政审批局三楼318室社会事务审批股。

附件1：《河北省教师资格申请人员体检表》

附件2：《教师资格认定体检医院申请表》（隆化县范围内）

附件1：

**河北省教师资格申请人员体检表(适用于申请幼儿园教师资格人员)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | | | | | | 性别 | | | | | | | 年龄 | | | | | | 婚否 | | | | | 民族 | | | | | | 一寸免冠  近 照 |
| 籍贯 | | | | | | | | | | | | | 联系  电话 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 身份证  号 码 | |  | |  |  | |  | |  |  | |  | |  |  | |  | |  |  | |  |  | |  |  | |  |  |
| 既往病史 | 心脏病 肾炎 肝炎 关节炎 哮喘 精神病 癫痫 肺结核 胃病 性病 皮肤病  （ ）（ ）（ ） （ ） （ ）（ ） （ ）（ ）（ ）（ ）（ ） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 五  官  科 | 裸眼  视力 | | 右 | | | | | 矫正  视力 | | | 右 | | | | | | |  | | | 矫正后  视力 | | | | | | 右 | | | 医师意见  签字 |
| 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　　　　　　　　　　　　　公分 | | | | | | | | | | | | | | | | | 体重 | | | | | | | | | | | | 医师意见  签字 |
| 淋巴 | | | | | | | | | | | | | | | | | 脊柱 | | | | | | | | | | | |
| 四肢 | | | | | | | | | | | | | | | | | 关节 | | | | | | | | | | | |
| 皮肤 | | | | | | | | | | | | | | | | | 头颈 | | | | | | | | | | | |
| 其它 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 内  科 | 营养状况 | |  | | 医师意见  签字 |
| 血压 | |  | |
| 心脏 | |  | |
| 呼吸 | |  | |
| 腹部 | |  | |
| 神经 | |  | |
| 其它 | |  | |
| 妇科检查 | |  | | 医师签字 | |
| 胸部透视 | |  | | 医师签字 | |
| 肝功能 | | 转氨酶 | | 医师签字 | |
| 其他 | |
| 体检结论 | | 负责医师签字 | | | |
| 检验医院  意 见 | | 体检医院公章  年　　月　　日 | | | |

注：1、申请人员须到教师资格认定机构指定的医院体检。2、既往病史一栏，由本人如实填写，须在病名下面划横线，并在括号内写明患病时间。3 妇科检查包括：淋球菌、梅毒螺旋体、滴虫、外阴阴道假丝酵母菌（念球菌）检查项目。(对于滴虫和外阴阴道假丝酵母菌（念球菌）两项妇科检查采取阴道口取样，不进行侵入性检查)

**河北省教师资格申请人员体检表(适用于申请中小学教师资格人员)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | | | | | | 性别 | | | | | | | 年龄 | | | | | | 婚否 | | | | | 民族 | | | | | | 一寸免冠  近 照 |
| 籍贯 | | | | | | | | | | | | | 联系  电话 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 身份证  号 码 | |  | |  |  | |  | |  |  | |  | |  |  | |  | |  |  | |  |  | |  |  | |  |  |
| 既往病史 | 心脏病 肾炎 肝炎 关节炎 哮喘 精神病 癫痫 肺结核 胃病  （ ） （ ）（ ） （ ） （ ）（ ） （ ） （ ） （ ） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 五  官  科 | 裸眼  视力 | | 右 | | | | | 矫正  视力 | | | 右 | | | | | | |  | | | 矫正后  视力 | | | | | | 右 | | | 医师意见  签字 |
| 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　　　　　　　　　　　　　公分 | | | | | | | | | | | | | | | | | 体重 | | | | | | | | | | | | 医师意见  签字 |
| 淋巴 | | | | | | | | | | | | | | | | | 脊柱 | | | | | | | | | | | |
| 四肢 | | | | | | | | | | | | | | | | | 关节 | | | | | | | | | | | |
| 皮肤 | | | | | | | | | | | | | | | | | 头颈 | | | | | | | | | | | |
| 其它 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 内  科 | 营养状况 | |  | | 医师意见  签字 |
| 血压 | |  | |
| 心脏 | |  | |
| 呼吸 | |  | |
| 腹部 | |  | |
| 神经 | |  | |
| 其它 | |  | |
| 心电图 | |  | | 医师签字 | |
| 胸部透视 | |  | | 医师签字 | |
| 肝功能 | | 转氨酶 | | 医师签字 | |
| 其他 | |
| 体检结论 | | 负责医师签字 | | | |
| 检验医院  意 见 | | 体检医院公章  年　　月　　日 | | | |

注：1、申请人员须到教师资格认定机构指定的医院体检。

2、既往病史一栏，由本人如实填写，须在病名下面划横线，并在括号内写明患病时间。

**附件2：**

**教师资格认定体检医院申请表**（隆化县范围内）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 医疗机构名称： | | | | |
| 医疗机构执业许可证登记号： | | | | |
| 医疗机构级别 | | □三级 　 □二级（县级） | | |
| 医疗机构地址： | | | | |
| 电话： | | | 传真： |  |
| 法 定  代表人 | 姓名： | | 性别： | 学历： |
| 职称： | | 身份证号： | 电话： |
| 体检负责人 | 姓名： | | 性别： | 学历： |
| 职称： | | 身份证号： | 电话： |
| 收 费  标 准 | 幼儿园教师资格人员(除外非正常检查项目):男 元/人；  女 元/人  中小学教师资格人员(除外非正常检查项目)： 元/人 | | | |
| 申请材料附件 | 1.《医疗机构执业许可证》副本复印件（需具有能够开展健康检查资质的备注，逐页加盖申请单位公章）  2.自述方案 | | | |
| 承诺  本单位承诺具有健康体检资格，能够按照时限完成《河北省教师资格申请人员体检表》的内容进行检查，并按照《河北省申请教师资格人员体检标准及办法（试行）》出具体检结论。  本表所填写内容及所附材料均真实合法有效，如有虚假，愿意承担相应法律责任。  法定代表人（签字）： 医疗机构（公章）： | | | | |