附件2：

**教师资格认定体检医院申请表（围场县范围内）**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 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）： | | | | |