附件14

高等学校教师资格人员花名册

**学院（部门）名称：**（加盖公章） **学院（部门）负责人：**（签字）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **姓名** | **身份证号** | **学历**  **学位** | **所学专业** | **申请认定**  **学科** | **普通话等级** | **考试相关条件** | **体检情况** | **教学情况审查** | **身份确认** |
| 1 | 示例 |  | 博士研究生 | 物理学 | 物理学 | 免 | 合格 | 合格 | 合格 | 本校在编/签订合同 |
| 2 | 示例 |  | 硕士研究生 | 临床医学 | 内科学 | 二乙 | 合格 | 合格 | 合格 | 本校附属医院医务人员 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| …… |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

填表人： 联系电话：

填表说明：1.填表前请将示例删除。2.红色字体部分填表人无需填写。