新潟県立新発田南高等学校長 様

令和　　年度　　教育実習願い

私は、下記のとおり貴校での教育実習を希望いたします。

No.[　　]

ふりがな				
氏名				印
実習希望教科・科目	教科		科目	
大学名	大学名	学部	学科	学年(受付時点)
出身高校	高等学校		本校卒業生は3年次の担任 先生	
	平成・令和　　年　　月　卒業		在学中の部活動	
現住所	〒	Tel	携帯	
帰省先	〒	Tel		
教育実習中の連絡先(帰省先と違う場合のみ)	〒	Tel		
希望実習期間	2週間　　3週間　　4週間　　その他(　　)　(○をつける) ※例年5月20日以降の火曜からの開始です			
申請年月日	令和　　年　　月　　日(　　)　　*原則として申請は10月末まで			
*指導教員 (高校側記入欄)	教科		HR(　年　　組)	
備考				

注意事項

1. 教員になりたいという強い意志があり、実習後に教員採用試験を受ける予定のある場合のみ申し込むこと。

2. 上の表の「*担当教員」欄以外を記入し、捺印して送付すること。

3. この「実習願い」を発送後、10日～20日の間に本校教育実習係へ「実習願い」が到着したか確認の電話をし、今後の指示を仰ぐこと。

3. 麻しん(はしか)の罹患歴がなく、予防接種も受けたことのない者は、至急予防接種を受けておくこと。