

様式

記入日 令和 年 月 日

教育実習受付連絡簿

静岡県立藤枝西高等学校長 様

私は教員免許取得のため、下記のとおり貴校での教育実習の受付をお願いします。

フリガナ		生年月日	平成 年 月 日
氏名 (自署)			
大学	大学 学部 学科	専攻	年
大学所在地	〒 電話 - -		
指導教官名			
現住所	〒 携帯電話 - -		
連絡先 (帰省先)	〒 電話 - -		
卒業年月 (部活動)	平成 年 月 卒業 (部)		
在校時の担任	1年 先生 2年 先生 3年 先生		
取得予定免許	① ② ③ <small>※高等学校の免許を取得すること。</small>		
実習希望教科 (科目)	① ② ③ <small>※担当教員がない科目は受付できません。</small>		
実習希望 部活動	① ② ③		
実習希望期間	いずれかに○ 2週間 ・ 3週間		
該当するものに✓を入れる	<input type="checkbox"/> 麻しん・風しんの免疫がある(予防接種済み)		
令和6年度教員採用試験受験予定 都道府県名・学校名(志望理由等は裏面に続く)	① ②		
備考(これ以下は本校使用のため記載不要)			
持参書類	1 依頼書 2 承諾書 3 その他 ()		
内諾書 提出期限	令和 年 月 日 ()		
受付	令和 年 月 日 () 本人来校 郵送 その他		

