**教　育　実　習　願**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 生年月日 | | 年　　 月　　 日生  ※和暦 |
| 氏　　名 |  |
| 大学名 | 平成　　　年入学  　　　　　　　　　　　大学　　　　　　　　　学部　　　　　　　　　　学科 | | | |
| 実習教科 |  | | 科　　目 |  |
| 実習時期  及び期間 | 前期　５～６月（原則）　　（ ２・３・４ 週間）　※希望に○印 | | | |
| 後期　９月を希望する場合　（ ２・３・４ 週間）　※希望に○印  後期を希望する場合の理由： | | | |
| その他実習期間に関する要望 | | | |
| 麻疹に  ついて | 罹患済み　・　抗体検査済み　・　予防接種済み　　※該当に○印  （時期：　　　　　　　　　　） | | | |
| 現住所  及び  連絡先 | 〒    TEL(携帯)：  E-Mail： | | | |
| 帰省先 | 〒  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　TEL | | | |
| 卒業年  担任  部活動 | 平成　　　年度卒業（　　　　回生）　卒業時担任　　　　　　　　　　先生  高校時代の部活動 | | | |
| 私は、来年度貴校での教育実習を希望しておりますので、承認方お願いいたします。  　　 令和　　　年　　　月　　　日  長崎県立口加高等学校長　様 | | | | |