**教　育　実　習　願**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 生年月日 | 　　　年　　 月　　 日生※和暦 |
| 氏　　名 |  |
| 大学名 | 令和　　　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 | 令和　　　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 |