

教育実習願

年 月 日

福島県立福島高等学校長 様

_____大学 ____ 学年

_____学部 _____ 学科

(ふりがな) 氏名 _____ ⑩

_____年 ____ 月 ____ 日生

私は、貴校において下記のとおり教育実習を希望しますので、承認していただきますようお願いいたします。

承認していただいた場合には、貴校の教育方針や諸規定のもと、校長・教頭・指導教員の監督・指導に従い、教育実習生として真摯かつ全力で実習に取り組みます。

記

- 1 本校卒業年 _____ 年 3 月 卒業時の担任名 _____ 先生
- 2 希望実習期間 _____ 年 ____ 月 ____ 日 () ~ _____ 年 ____ 月 ____ 日 ()
- 3 実習教科・科目 教科 _____ 科目 _____
※地歴科・公民科・理科は科目名を必ず記入すること
- 4 教員採用試験 受験予定 有 無 (○で囲む)
- 5 本人連絡先 (郵便物の送付先)

〒 _____

住 所 _____

電話番号 _____

- 6 帰省先

〒 _____

住 所 _____

電話番号 _____