

## 令和6年度教育実習の申し込みについて（要項）

---

兵庫県立視覚特別支援学校

### （1）実施期間

前期（令和6年6月～7月上旬頃）、または後期（令和6年9月中旬～11月上旬頃）のうち、本校が指定する2週間を原則とします。

### （2）受け入れ対象生

- ①本校卒業生、または視覚障害教育に携わることを希望する者
- ②事前のオリエンテーション（2時間程度、期日は未定）に参加できる者
- \* オリエンテーション・本実習とも公共交通機関で来校できる者

### （3）受け入れ人数と学部

- ・年度合計で2名程度とします。
- ・受け入れ学部は本校が指定します。

### （4）実習教科・科目

特別支援学校教諭の免許を取得するための実習とします。

### （5）申し込み期間

- ・令和5年5月29日（月）～令和5年7月28日（金）
- \*申し込み順に受入予定人数に達した時点で締め切ります。

### （6）申し込み方法

- ①事前に本校教頭まで電話で連絡し、教育実習申込用紙に必要事項を記入して直接本校へ持参もしくは郵送して下さい。
- ②受け入れ「可」となった場合は、大学からの内諾書等の手続きをして下さい。（仮決定）
- ③実習年度の4月に大学からの正式依頼により、本校が実習を承諾することで正式決定となります。

#### 【問合せ先】

（教頭）上条 佳伸  
（担当）立尾 仁  
TEL 078-751-3291

## 令和6年度教育実習申込書

兵庫県立視覚特別支援学校校長様

申し込み年月日 令和 年 月 日  
教育実習申込者名 印

私は特別支援学校教員になるため、貴校において教育実習を希望しますので、申し込みいたします。  
なお、教育実習にあたっては、貴校と在籍大学の指導に従い、真剣に取り組むことを約束します。

ふりがな				性別	生年月日
名 前					昭和・平成 年 月 日
連絡先住所 (自宅・下宿)	〒 — 電話 ( ) — ( ) — ( )				
帰省先住所 (下宿生のみ 記入)	〒 — 電話 ( ) — ( ) — ( )				
携帯電話番号 (携帯電話への連絡を希望する場合のみ記入)					
在籍大学と在学中の状況など					
名 称	大学 学部 学科 専攻・コース				
大学所在地					
在学学年	年次在学中	卒業予定年月	令和	年	月卒業見込み
特別支援学校の 教員を希望する 理由					
取得予定 教員免許状					
取得教員免許状					
実習希望時期	第1希望：(前期・後期) *前期：令和6年6月～7月上旬頃 後期：令和6年9月中旬～11月上旬頃		第2希望：(前期・後期)		
教員採用試験 受験予定	有 (令和 年 予定、県(市)名 ) ・ 無				
教育実習経験の 有無	有 (令和 年 月、学校名 ) ・ 無				