**平成３０年度　教育実習願**

|  |  |
| --- | --- |
| ふ り が な  氏　 名 |  |
|  |
| 所属大学名等 | 大学　　　　学部  　　　　　　　　　学科　　第　　回生 |
| 大学の住所  連絡窓口 | ℡ |
| 実習希望教科  (科目) | 第1希望： ( 　 　　 )  第2希望： ( 　　 ) |
| 実習期間 | 2　　・　　3　　週間　(いずれかに○) |
| 現住所 | ℡  メールアドレス： |
| 帰省先 | ℡ |
| 高校卒業年  3年時の担任 | 平成　　　 年度卒(　　　 回生)  　先生 |
| 教員採用試験  受 験 予 定 | 平成　　　　年実施　　　　　　都道府県市  受験教科・科目： ( 　　 ) |
| 願出年月日 | 平成　29　年　　　　月　　　　　日 |

＜申込み＞前年度の６月1日～３０日　来校し、実習願を提出する。

＊来校する場合、事前に都合を確認してください。

<連絡先>兵庫県立赤穂高等学校 　 電話：0791－43－2151または2152

　Fax ：　0791-43-2153

　　　　　　　　〒678-0225　兵庫県赤穂市海浜町１３９番地

　　　　　　　　　　　　　　教務部　平成30年度教育実習担当者宛