

教育実習承認願

年 月 日 受付

総括教諭	教科代表	担当者

ふりがな		性別				
氏名			出身高校			
高校卒業 年月	平成・令和	年	月	卒業時期	卒業時担任	先生
実習希望 教科・科目				実習希望 年度		年度
大学 学部 学科		大学		学部		学科
現住所	〒					
自宅電話			携帯電話			
備考	*受付期間は、4月上旬から5月末日まで。 *受入の可否については前年度の6月中に連絡する。 *実習生は、瀬谷高等学校・瀬谷西高等学校の卒業生、または「神奈川県教育実習取扱要綱」の資格者であること。 *実習生は、教員になる強い意志を持つ者であること。 *実習期間は、原則として5～6月中の3週間、または4週間とする。					