

令和2年度に新潟県立小千谷高等学校で教育実習を希望する人へ

1 教育実習を申し込むにあたり

- ・原則として本校の卒業生であること。
- ・教員を志望する強い意志があり、実習後に教員採用試験を受験する予定であること。
- ・麻疹(はしか)の罹患歴があるか、予防接種を2回受けた者。
どちらにも該当しない場合は本年度中に予防接種を受けることが望ましい。

2 申し込み手順

- (1)教育実習を希望する場合は、令和元年12月末日までに、実習希望教科の担当教員（在学中に習った教員または教科主任）に、実習の可否を確認する。
- (2)高校のホームページから「教育実習希望申込書」をダウンロードし、必要事項を記入し、担当教員の都合の良い日に来校し提出する。
- (3)来校した際、担当教員から「教育実習申請書」、「教育実習実施計画書」、「教育実習受入要項」等を受け取り、大学に提出する。ただし、「教育実習実施計画書」の実施期間は記入しないで提出する。
- (4)大学から「教育実習申請書」、「教育実習実施計画書」が本校に届き、本校から「教育実習承認書」が大学宛に送付されることによって、次年度の教育実習が承認される。

3 教育実習直前指導

- (1)教育実習の教科指導担当者が決まった後、指導担当者が直前指導（GW前後）の日時を直接本人に電話連絡する。
- (2)実習生全体のオリエンテーションは実習初日に行う。

4 教育実習日程

令和2年5月下旬～6月を予定。

5 郵便物の送付先・電話連絡先（担当）

・947-0005

新潟県小千谷市旭町7番1号

新潟県立小千谷高等学校 教頭 諸橋 孝二

TEL 0258-83-2262（代表）

令和 年 月 日

令和 年度教育実習希望申込書

新潟県立小千谷高等学校長 殿

氏 名 印

令和 年度の教育実習を申し込みます。なお、正式な申請は大学より所定の様式で、改めてさせていただきます。

ふりがな 実習生氏名	生年月日 (昭和/平成 年 月 日生)	男 女
大 学 学部・学科	大学 学部 学科 年生 (実習時)	
実習希望 教科・科目	教科 科目	
実習希望週数	週間	
卒 業 年	平成 年 3 月 新潟県立小千谷高等学校卒業 (担任 :) 本校以外の場合は学校名 () 高等学校	
絡 先	<現在> 住所 〒 電話 自宅 : 携帯 :	
	<教育実習期間中> 住所 〒 連絡がつく電話番号 :	
備 考	麻疹 (はしか) 罹患歴 有 / 無 2 回目の麻疹の予防接種 済み (年 月)	

実習についての問い合わせ
担当 県立小千谷高等学校 教 頭
TEL 0258-83-2262 FAX0258-82-0646