

教育実習について

新潟県立小千谷高等学校

1 教育実習の受け入れにあたり

- (1) 原則として本校の卒業生であること。
- (2) 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。

2 教育実習を受け入れる期間

毎年5月下旬～6月（予定）

3 申し込み手順

- (1) 教育実習を希望する場合は、前年度の12月末日までに、実習希望教科の担当教員（在学中に教科担当であった教員または教科主任）に、実習の可否を確認する。
- (2) 当校のホームページから「教育実習希望申込書」をダウンロードして、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（前年度内）。
- (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」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) 大学から当校に「教育実習申請書」、「教育実習実施計画書」が届いたら、当校から大学宛てに「教育実習承認書」を送付する。

4 教育実習直前指導

直前指導は4月下旬から5月下旬の間の1日で行う。日時は教科指導担当者から電話で連絡する。

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 宛

TEL 0258-83-2262（代表）

令和 年 月 日

教育実習希望申込書

新潟県立小千谷高等学校長 様

氏 名

印

令和 年度の教育実習を申し込みます。なお、正式な申請については、大学より所定の様式で後日申請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	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	
連 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 :	

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