令和　　　年度　教　育　実　習　申　込　書

山形県立山形西高等学校

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふ り が な  氏 　名 | （本校　　　　　年３月卒） | | 生年月日 | | 昭和・平成  　　　年　 　　月　　　 日 | | | |
| 在 学 大 学 | 大学　　　　　　　　学部　　　　　　　　　学科  　　　　　　　　　　　　 　　　　　（専攻） | | | | | | | |
| 教科 (科目) | （　　　　　　） | | | | | 実習期間 | | 週間 |
| 現 住 所 ＊  （連 絡 先） | 〒 | | | | | | | |
| 電話　　　　　（　　 　） | | | | | | | |
| ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ | | | | | | | |
| 帰 省 先  ＊と同じ場合は  「現住所に同じ」で可 | 〒 | | | | | | | |
| 電話　　　　　（　 　　） | | | | | | | |
| 申込年月日 | 令和　　　　年　　　　月　　　　日（　 　　） | | | | | | | |
| 受付確認印 | 教科主任 |  | | 教務課 | | |  | |
| そ　の　他 | （１） 卒業時組担任　　　　　　　組　　　　 先生  （２） 実習時の学年　　 年  （３） 麻しん（はしか）の既往歴（ 有 ・ 無 ）  　　　 麻しんのワクチン接種［１回（　　　）歳，２回（　　　）歳］ | | | | | | | |
| ※ 麻しんに罹患したことがない者は、実習までに予防接種を受けること。  ※ ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽは添付された資料を閲覧、印刷できるものをご記入ください。  （例　大学で割り当てられた個人のﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ等） | | | | | | | |