川口市立高等学校　令和７年度　教育実習受付票

※下記項目を**すべて記入してください**

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな |  |
| 氏名 |  |
| 連絡先 | 住所：〒 |
| 電話番号：**8:30－17:00に直接本人に連絡が取れる番号を記入してください**（　　　　　） |
| メールアドレス：　　　　　　　　　　　　＠ |
| 大学・学部・学科 | 　　　　　　　　　大学　　　　　　　　　　　　　　　　　　　学部　　　　　　　　　　　　学科　　　 |
| 教育実習希望教科(科目) | 教科名：　　　　　　　　　（　　　　　　） |
| 卒業年月 | 　　　　　　　年　　月卒（卒業時担任名：　　　　　　　） |
| 実習希望時期期間 | 　前期　　　　後期　　　　どちらでもよい　**※いずれかに○をつける**。　　　　　　　週間　　　 |

記入日　　　　　年　　　月　　　日

※本受付票を印刷し、**記入したものを郵送してください。令和６年4月１９日（金）必着**

　宛先：　〒333-0844　埼玉県川口市上青木３－１－４０　川口市立高校　教育実習担当

※**本受付票を送付後、送付したことを必ず電話でご連絡ください。**

　電話番号：　０４８－４８３－５９１７　川口市立高校（代表）

|  |
| --- |
| 備考： |