

教育実習実施計画書

1 大学の名称及び住所

名 称

住 所 〒

T E L

F A X

2 実施する学校の名称及び住所

名 称 新潟市立万代高等学校

住 所 〒950-8666

新潟県新潟市中央区沼垂東6丁目8番1号

T E L 025-241-0193(代表)

F A X 025-241-0197

3 実習期間

令和 年 月 日 () ~ 令和 年 月 日 ()

4 実習を行う学生の氏名等

氏 名	実習教科・科目	学部・学科名	学年	卒業高等学校名	生年月日

※ 担当教職員は翌年4月中に決定し、本人に通知する。

5 大学の指導教官の職名・氏名

6 大学指導教官による実施学校での指導の有無、日程等

7 その他

教育実習で使用する教科書・教材の購入費や教育実習で生ずる実費の負担(体育祭等の学校行事で生じる各自負担分等)をお願いします。ただし、謝金等は、不要です。