



한 양 대 학 교

수신자 해당학교장
(경유)

제 목 2017학년도 1학기 교육실습 협조 의뢰

1. 귀교의 무궁한 발전을 기원합니다.
2. 본 대학에서는 2017년도에 실시될 사범대학생 및 교직과정 이수예정자의 교육실습에 대하여 귀교의 승인을 받고자 다음과 같이 신청하오니 허락하여 주시기 바랍니다.

가. 실습기간 : 2017년 4월 또는 5월(4주간)

나. 협조사항 : 교육실습 동의서에 기재 및 학교장 직인 날인 후 회신

다. 회신방법 : 학생 본인이 직접 사범대학 행정팀에 실습동의서 제출

3. 교육실습 결과 보고서는 교육실습 종료 후 2주일 이내에 발송하여 주시기 바라오며, 교육실습생 신상조사표 및 교육실습비는 2017년 1학기 교육실습 시작 전에 발송될 예정입니다.

붙 임 1. 교육실습 동의서(양식) 1부.

2. 교육실습 결과 보고서(양식) 1부. 끝.

사 범 대 학 장

담당	안미선	팀장	박영숙	부학장	한문섭	대학장	차윤경
----	-----	----	-----	-----	-----	-----	-----

시행	H3065-2016-1694	(2016.10.13)	접수	()
우 04763	서울시 성동구 왕십리로 222 한양대학교 사범대학 행정팀			/ www.hanyang.ac.kr
전화 02-2220-1095	전송 02-2291-4447	/ hyvol@hanyang.ac.kr		/ 공개

개인선택 교육실습 동의서

소 속			
학 번		학 년	
성 명		연 락 처	
실습과목			
실습기간	201 년 월 일 () - 201 년 월 일 () (4주)		

위 학생의 본교 교육실습을 동의합니다.

년 월 일

학 교 장 (직인)

한 양 대 학 교 총 장 귀 하

학교 정보	학 교 명	
	사업자등록번호	
	우 편 번 호	
	주 소	
	전 화	
	팩 스	
	실습 담당교사	
교육실습비 송금계좌번호 (학교명의로 개설된 통장)	은 행 명	
	계좌번호	
	예 금 주	

※ 교육실습비 송금은 학교 명의로 개설된 통장인 경우만 송금 가능하며,
교육실습 개시일 전후에 송금합니다.

교육실습 결과보고서

1. 실습학교 :
2. 실습기간 : 년 월 일 ~ 년 월 일 (4주간)
3. 지도교수 및 지도교사

직 명	성 명	담 당 내 용	비 고

4. 실습내용

제 1 주	제 2 주	제 3 주	제 4 주

5. 실습상황

학과명	실습생 성명	근무태도 (10%)	자 질 (15%)	학습지도 능 력 (50%)	연구조사 활 동 (15%)	학급경영 및 사무처리능력 (10%)	총평 (100%)	비고

위의 사실을 증명함.

년 월 일

학 교 장 (직인)