

※受付番号_____

教育実習許可願

令和 年 月 日

香川県立観音寺総合高等学校長 殿

氏 名 _____

令和9年度の教育実習を貴校において下記の通り実施させていただきたいので、ご承認よろしくお願ひいたします。

記

ふりがな 氏 名 生年月日・年齢・性別	平成 年 月 日 生・(歳)・(男・女)		
現 住 所	〒 TEL () -		
帰 省 先 住 所	〒 TEL () -		
大学・学部・学科等 所 在 地	〒 大学 学部 学科 年 TEL () -		
大学卒業（予定）年月	(平成・令和) 年 月		
実 習 教 科 ・ 科 目		取得予定免許状	
実 習 希 望 期 間	令和9年 月 日 ～ 月 日・() 週間		
高 校 卒 業 年 月 卒業校 学科・系列	(平成・令和) 年 月 卒業 観音寺総合高等学校 観音寺中央高等学校 三豊工業高等学校 (※いずれかを○で囲む) 総合学科 (系列) 工業科 (機械科 ・ 電気科 ・ 電子科) (※いずれかを○で囲む)		
在学中の学級担任	1 年 2 年 3 年		

※ 年 月 日 受付	教科主任	教務係