**※受付番号**

**教育実習許可願**

令和　　年　　月　　日

香川県立　　　　高等学校長　殿

氏　名　　　　　　　　　　　　　　印

（自筆の場合は押印を省略できる）

　　　　　年度の教育実習を、香川県立　　　　高等学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いいたします。

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（　　　　）　　　　－　 |
| 実習教科・科目 |  | 取得予定免許状 |  |
| 実習希望期間 | 令和　　年　　月　　日～　　月　　日・（　　　　）週間　 |
| 本校卒業年月・学科 | 令和　　年　　月　卒業・　　　　　　　科　　 |
| 在学中の学級担任 | １年　　　　　　　２年　　　　　　　３年　 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **※****令和　　年　　月　　日　受付** | **教科主任** | **教務係** |
|  |  |