

# 教育実習許可願書

令和 年 月 日

香川県立丸亀城西高等学校長 殿

氏 名				印
大 学	大学		年	
学 部・学 科	学部		学科	
専 攻				
希望教科・科目				
取得予定免許状				
現 住 所				
連 絡 方 法	電話番号：	携帯番号：		
帰省先住所				
連 絡 方 法	電話番号：			
本校卒業年月	年 月			
在学中の担任	1年( )先生 2年( )先生 3年( )先生			
	※受付日時	令和 年 月 日	※受付番号	

(※印の箇所は記入しないこと。)

許可条件： 本校では次の条件を満たす者でなければ、教育実習を許可しない。

- 1 原則として本校の卒業生であること。
- 2 教育実習の施設・機関を持たない大学の学生であること。
- 3 教員になる意志の強固な者で、教員採用試験を受験する者。