

教育実習願書

令和 年 月 日

香川県立坂出高等学校長 殿

氏 名 印

(氏名は、実習希望者本人がペン書きするものとする)

私は、下記のとおり貴校において令和____年度の教育実習をさせていただきたいので、許可していただきますようお願いいたします。

記

ふりがな 氏名 生年月日			性別	
	平成 年 月 日 生		年齢	
現住所	〒 TEL () — メールアドレス：			
帰省先住所	〒 TEL () —			
大学・学部・学科 所在地	大学 学部 学科 回生 〒 TEL () —			
実習教科・科目		取得予定教員免許		
実習希望期間	令和 年 月 日 ～ 月 日 () 週間			
坂高卒業年・組	令和 年 月 科 卒業 3年 組			
学級担任	1年： 2年： 3年：			
麻疹の抗体について（○で囲む）	①抗体検査をして、陽性であることが判明した ②予防接種をした ③麻疹に罹患した（平成 年 月頃）			
推薦者及び 実習希望教科主任 署名欄				