

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 () _____		
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	平成 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	_____		