

教 育 実 習 願

令和 年 月 日

香川県立善通寺第一高等学校長 殿

フリガナ
氏 名 印
生 年 月 日 年 月 日
性 別
年 齢 歳

令和 年度の教育実習を貴校において実施させていただきたいので、許可くださるよう必要書類を添えてお願いいたします。

大学名 所在地 等	大学 学部 学科 年 〒 TEL () - -		
現住所	〒 TEL () - -		
帰省先	〒 TEL () - -		
在学時 学級担任	1 年	2 年	3 年
実習教科 (科目)	期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで () 週間	

※教職を志す決意や教育実習を行うに当たっての心構えを800字程度（原稿用紙に自筆で記入）にまとめて「教育実習願」に添えて提出すること。なお、「教育実習願」、「作文」等を参考にして面接を行うので、必ず教育実習担当の教員に連絡をしてから来校すること。