

教 育 実 習 願

令和 8 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
 年 齢 歳

令和8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 () - - e-mail:		
帰省先	〒		
	TEL () - -		
高校卒業年月	令和 年 3月 卒業		
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。