

教育実習許可願

長崎県立諫早高等学校・附属中学校
校長 植松 信行 様

令和 年 月 日

氏名 _____

下記の条件を遵守し、諸先生方のご指導に従いますので、母校での教育実習をご許可くださいますようお願いいたします。

- 1. 本校の教育方針に従い、厳正に職務にあたること
- 2. 大学から正式に依頼があること

ふりがな 氏名		生年月日	平成 年 月 日
高校卒業年	平成令和 年 3 月	3年時担任名	
大学・学部・学科名			
取得する教員免許 ※すべて記入		希望する実習期間 (どちらかに○)	2週間 ・ 3週間
希望教科(科目)	中・高	希望する部活動	
現住所	〒	電話 (携帯電話)	
帰省先住所	〒	メールアドレス	
大学での活動	クラブ活動		
	趣味・特技		
	専門の分野		
	その他		
所属大学における 教育実習部署名及び電話番号			
目指す教師像(必ず最後の行まで、記入すること)			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
受理日		令和 年 月 日	担当者