

教育実習許可願

令和 7 年 月 日

長崎県立西彼杵高等学校
校長 高島 敦子 様

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、貴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できること

ふりがな 氏 名			生 年 月 日	
高 校 卒 業 年		平成・令和 年 3 月	3年時の担任名	
大学・学部・学科名				
取得予定の教員免許 ※すべて記入すること			希望する実習期間 (どちらかに○)	2週間 ・ 3週間
実習を希望する 教科(科目)			希望する部活動	
現 住 所			確実に連絡が取れる 電話番号(携帯番号)	
			確実に連絡が取れる 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 担当部署名および電話番号				
目指す教師像				
受理日 令和 年 月 日 担当者名:				