

| 研修部担当 | ※受付年月日      |
|-------|-------------|
|       | 令和<br>年 月 日 |

(あて先) 秋田県立能代高等学校長

# 教育実習許可願

令和\_\_\_\_\_年度の教育実習を次のとおり希望しますので、許可いただきたく  
お願いいたします。

1. 実習希望者氏名 (ふりがな)

\_\_\_\_\_ 印

2. 所属大学

\_\_\_\_\_ 大学 \_\_\_\_\_ 学部 \_\_\_\_\_ 学科 \_\_\_\_\_ 年

3. 実習を希望する教科・科目 例：教科（ 理科 ） 科目（ 生物 ）

\_\_\_\_\_ 教科（ \_\_\_\_\_ ） 科目（ \_\_\_\_\_ ）

4. 実習希望期間

\_\_\_\_\_ 本校が定める（ 2週間 ・ 3週間 ）どちらか○で囲む

5. 高校卒業年

\_\_\_\_\_ 平成 ・ 令和 \_\_\_\_\_ 年3月卒業（卒業時クラス \_\_\_\_\_ 担任名 \_\_\_\_\_ ）