|  |  |
| --- | --- |
| 研修部担当 | ※受付年月日 |
|  | 令和  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　　　　　　　　）