（ 様式 １ ）

|  |
| --- |
| 教 育 実 習 願  令和　　年(20 　　年)　　　月　　　日  滋賀県立河瀬中学校・高等学校長 様  大学 学部 学科 学年 氏 名 ㊞  生年月日 昭和・ 平成 年 月 日  来年度、 貴校において下記により自覚と責任ある行動のもとに誠実に 教育実習をさせていただきたく思いますので、 ご承認くださいますよう お願いします。  記  １ 現住所 〒 ℡  ２ 実習中住所 〒 携帯℡  ３ 希望実習期間  自 令和　　 　　年 月 日（ ）  至 令和　　 　　年 月 日（ ）  　　　　　　　　　　　　２　・　３　・　４　　週間　（いずれかに〇）  ４ 実習希望校種・教科　　中学校　・　高校　　（いずれかに〇）  　　　　　　　　　　　　　教科（科目） |
| 上記のとおりであることを認めます。 令和　　　年 月 日  大学所在地 〒 ℡  大学名  大学（ 学部） 長名 □印 |