

新潟県立柏崎高等学校長殿

令和 年度教育実習受諾許可願い

ふりがな 実習生氏名	(令和 年 3 月 柏崎高校卒業 卒業時担任 先生)
在学大学・学部 学科名	大学 学部 学科
実習教科・科目名	教科 科目
実習期間 (希望がある場合)	令和 年 月 日 () ~ 月 日 ()
実習生現住所 メールアドレス	〒 Tel 住所
保護者氏名	
保護者住所	〒 Tel 住所
実習期間中の住所 (上記保護者住所と異なる場合に記載)	〒 Tel 住所

上記により、貴校での教育実習従事の許可をお願いいたします。

令和 年 月 日 ()

実習生氏名

受諾を許可する。

後日、大学発行の教育実習依頼文書への回答文書を本校より大学へ郵送する。

必要があれば、各自確認すること。

令和 年 月 日

新潟県立柏崎高等学校長

北岸 信治