

令和 年 第 月 号 日

箕面市立 学校
校長 様

大学名
学長名

教育実習承認申請書

本学学生の教育実習を貴校にて実施いたしたく、ご承認いただきますようお願いいたします。

実習生情報

(ふりがな) 実習生氏名	
学部・学科・学年	
実習校種・教科	
実習希望期間	令和 年 月 日()～令和 年 月 日()

健康診断結果

麻疹	<input type="checkbox"/>	以下の①②いずれかの方法により麻疹抗体があることを確認しました。 ①直近1年間以内に、医療機関で行われた麻疹抗体検査により、麻疹に対する免疫が十分であることを確認しました。 ②予防接種を2回以上確実に受けていることを確認しました。
結核	<input type="checkbox"/>	検査により、結核に罹患していないことを確認しました。

本学連絡先

担当部署	
担当者氏名	
所在地	
電話番号	

受け入れ校承諾欄

箕面市立 学校 校長〔 (自署)〕 <input type="checkbox"/>
