　第　　　　　号

令和　　年　　月　　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 | □ | 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 | □ | 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)〕印 |