様式第１号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　第　　　　　号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

高松市教育委員会教育長　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　大学名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　学長名　　　　　　　　　　印

令和　　年度　栄養士・管理栄養士免許取得に係る校外・臨地実習承認申請書

　本学学生の「○○○○実習」を下記のとおり、貴管下学校の協力を得て実施いたしたいので、御承認くださるようお願いいたします。

１　実習生氏名（よみがな）

２　実習生生年月日

３　実習生学部・学科・学年

４　実習希望学校・共同調理場

５　実習教科等

６　実習希望期間

　　令和　　年　　月　　日（　　）　～　令和　　年　　月　　日（　　）　　週間

７　連絡先住所・電話番号

　　実習生本人

　　実習生帰省先

８　麻しんの抗体について

　　上記の学生は、医療機関において、麻しんに対する免疫を有していることを医師により確認しています。

９　本学連絡先

　　教育実習担当部署

　　担当者役職・氏名

　　大学所在地（郵便番号・住所）

　　大学電話番号