

鳥取大学以外の大学等からの教育実習生の実習に関する規程

(趣旨)

第1条 この規程は、鳥取大学以外の大学及びその他の教育機関（以下「他大学等」という。）の学生が、教育職員免許状取得のために鳥取大学で教育実習を履修するに当たり、必要な事項を定めるものとする。

(実習場所)

第2条 教育実習は、鳥取大学附属幼稚園、附属小学校、附属中学校及び附属特別支援学校（以下「附属学校園」という。）で履修するものとする。

(教育実習)

第3条 教育実習を履修することができる学生は、在籍する大学等の教育課程に定められた必要な単位を修得しているものとする。

2 教育実習は、原則として最長4週間とし、履修を許可した日の属する年度に履修するものとする。

(申請及び許可)

第4条 他大学等の長は、教育実習の履修を希望する学生（以下「実習生」という。）の履修申請をするときは、原則として実習開始の2月前までに教育実習許可申請書（様式第1号）を提出するものとする。

2 附属学校園の長は、前項の履修申請があったときは、当該附属学校園の業務運営に支障のない範囲において、履修を許可するものとする。

3 附属学校園の長は、履修を決定したときは当該他大学等の長に許可の通知をするものとする。

4 許可を受けた他大学等の長は、実習生の健康診断書（胸部X線撮影の所見があるもの。）及び「麻しん抗体を有する証明書」（様式第2号）を実習開始の1月前までに当該附属学校園の長（以下「受入学校長等」という。）に提出するものとする。

(実習経費)

第5条 履修に必要な経費（以下「実習経費」という。）は、1人につき1週間当たり、5,000円とする。

2 許可を受けた他大学等の長又は実習生は、所定の期日までに実習経費の全額を納付しなければならない。

3 許可を受けた他大学等の長又は実習生が、前項の実習経費を所定の期日までに納付しないときは、受入学校長等は教育実習の履修許可を取り消すものとする。

4 既納の実習経費は、返還しない。

(履修の辞退)

第6条 他大学等の長は、実習生が教育実習の履修を辞退することとなった場合は、理由を付した書面により速やかに受入学校長等へ届け出なければならない。

(履修の取り消し)

第7条 受入学校長等は、実習期間中に実習生としてふさわしくない行為があったときは、直ちに実習を中止させ、又は履修の許可を取り消すことができる。

(損害賠償)

第8条 実習生は、故意又は重大な過失により、本学の施設、設備等を破損し、若しくは滅失したときは、その損害を賠償しなければならない。

(雑則)

第9条 この規程に定めるもののほか、教育実習に関し必要な事項は、附属学校部長が別に定める。

附 則

この規程は、平成19年9月27日から施行する。

附 則

この規程は、平成20年3月24日から施行し、平成19年12月26日から適用する。

附 則

この規程は、平成24年10月24日から施行する。

鳥取大学附属〇〇学校(園)長 殿

〇〇〇大学長
〇〇 〇〇 職印

教育実習許可申請書

本学の学生が、貴校(園)にて下記のとおり教育実習を希望しておりますので、許可いただきますようお願いいたします。

なお、下記学生は教育実習履修要件の単位を修得済みであることを証明いたします。

記

1 実習希望期間 平成 年 月 日から 月 日 週間 日間

2 実習希望学生

| | | | |
|------------------|----|----|---|
| フリガナ | | 性別 | |
| 氏名 | | | |
| 学部・学科・学年 | 学部 | 学科 | 年 |
| 実習教科 (中学校の場合) | | | |

3 教育実習必要経費請求先

氏名

住所 〒 -

電話

4 本件担当者の連絡先

担当部課・担当者名：

TEL/FAX：

E-mail：

麻しん抗体を有する証明書

氏名 _____

生年月日 昭和・平成 年 月 日生 男・女 _____

① 抗体価検査

検査法 EIA 法-IgG _____

数値 _____

判定 _____

または、

② 麻しん予防接種状況

1回目 平成 年 月 日 (確認方法: _____)

2回目 平成 年 月 日 (確認方法: _____)

所見

上記の通り診断いたします。 平成 年 月 日

医療機関名

医師名

㊞

住所

TEL/FAX

※麻しん抗体の検査結果書は送付しないでください。

※上記①又は②について、麻しん抗体を有する「所見」を必ず記入してください。

麻しん抗体を有する証明書

氏名 _____

生年月日 昭和・平成 年 月 日生 男・女 _____

① 抗体価検査

検査法 EIA 法-IgG _____

数値 8.0 _____

判定 陽性 _____

または、

② 麻しん予防接種状況

1回目 平成 年 月 日（確認方法：母子手帳にて確認）

2回目 平成 年 月 日（確認方法：接種証明書あり）

所見

① 以上の抗体価検査結果から、抗体を保有するものとする。

または、

② 2回の予防接種を受けているため、抗体を保有するものとする。

上記の通り診断いたします。 平成 年 月 日

医療機関名

医師名 ㊟

住所

TEL/FAX

※麻しん抗体の検査結果書は送付しないでください。

※上記①又は②について、麻しん抗体を有する「所見」を必ず記入してください。