



성균관대학교

수 신 자 해당 유치원, 중학교, 고등학교장 귀하

(경 유)

제 목 2019학년도 1학기 교육실습 허가 협조 요청

1. 귀교의 무궁한 발전을 기원합니다.
2. 2019학년도 1학기 교육실습과 관련하여, 귀교에서 교육실습 지도를 받고자 희망하는 본교 학생들이 아래와 같이 귀교를 방문할 예정입니다.
3. 수업진행상 여러 가지 어려움이 많이 있으실 것으로 사료되오나, 본교 예비교사들에게 귀중한 기회를 제공하는 차원에서 교육실습을 허락하여 주시면 감사하겠습니다.

아 래

가. 교육실습 기간 : 2019년 3월 25일(월) ~ 6월 7일(금)

- 위 기간내에서 4주간의 교육실습 기간을 정하여 주시기 바라오며,
- 성적부여 일정관계로 6월 7일(금) 이전에 실습을 종료하여 주시길 부탁드립니다.

나. 교육실습비 : 귀교에서 정한 실습액(미정시 기본 10만원)

다. 학생이 지참한 '교육실습허가서'를 작성하여 회신 부탁드립니다.

- 교육실습허가서 작성 요령 안내(실습학교용) 참조

붙임 1. 2019-1학기 교육실습허가서(양식) 1부.

2. 교육실습허가서 작성 요령 안내(실습학교용) 1부. 끝.

성균관대학교

