

# 令和8年度（来年度） 教育実習希望者カード等の提出について

令和8年度（来年度）に教育実習の参加を希望する学生は、所属学部等の教務担当窓口で関係書類を受け取り、下記のとおり、手続きを行ってください。

## 記

### 1. 参加資格

- 1) 教員志望であること（令和9年度教員採用候補者選考検査を必ず受験すること）。
  - 2) 今年度2学期末（令和8年3月末）までに以下の教育実習履修要件をみたすこと。  
新課程学生：「教職入門」2単位、「教科教育法」4単位、その他の教職科目8単位以上
  - 3) 令和8年度に学部4年次、大学院MC・DCに在籍する学生で、中学校もしくは高等学校において所定の期間（中学校教諭一種免許状取得の場合は3週間以上、高等学校教諭一種免許状取得の場合は2週間）の教育実習を行う者。
- ※ 学部生は原則4年次でなければ教育実習を受講出来ません。特別支援学校教員免許状取得希望者で、3年次において教育実習の受講を希望する学生は、必ず事前に教育事務学部教務担当窓口にご相談してください。

### 2. 実習時期

令和8年4月から9月までの間で実習校の定める期間

- ※ 教育実習終了後に受講する「教職実践演習」は、講義の大部分が2学期に実施されるため、1学期中に教育実習を終える必要があります。

### 3. 提出書類

①と②の書類については、4. の窓口で受領してください。

- ① 教育実習希望者カード
- ② 教育実習生受入内諾書（来年度札幌市立中学校での教育実習参加申込み者は提出不要）
- ③ 麻疹ワクチン接種記録等（別紙参照）

### 4. 書類受領・提出先 所属学部・大学院の教務担当

### 5. 提出締切 令和7年9月19日（金）

- ※ 書類準備（特に受入内諾書の作成）には、受入れ校とのやり取りが必要となるため、日数を要します。遅くとも8月末までには上記の窓口で書類を受領してください。
- ※ 教育実習事前指導を令和7年11月20日～令和8年1月15日にかけて実施予定です（全6回、毎週木曜日6講時目に実施。函館キャンパスの学生は5回目のみ12/19（金）6講時に実施。詳細は別途掲示）。
- 事前指導に出席しない場合、いかなる理由があっても教育実習の受講を認めません。
- ※ 教育実習の申込みにあたり、各自で行う実習校への依頼手続きに加えて、大学を通じての教育委員会への申請や誓約書等の提出が必要となる場合があります。必ず実習希望者本人が、事前に申請の期限・方法等を実習校へ確認し、手違いのないようにしてください。

令和7年4月11日  
教職課程委員会

# 麻疹ウイルス感染症に関するチェックシート

・窓口※：所属学部・大学院の教務担当窓口



・\*接種不適當者：当ワクチン成分にアレルギーを有するもの、妊娠中もしくは妊娠の可能性のあるもの、それ以外の不適當な状態にあるもの

・参考文献 日本環境感染学会ワクチン委員会：医療関係者のためのワクチンガイドライン 第3版. 環境感染誌 35 (Suppl), 2020.

# 母子健康手帳の確認箇所と提出ページについて

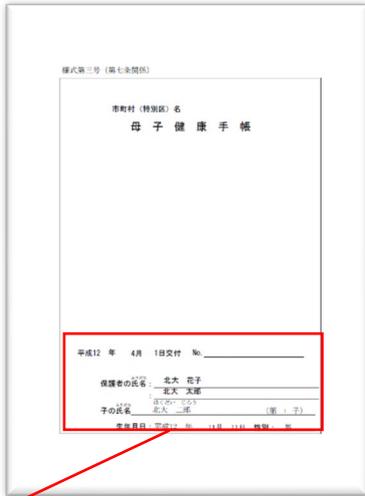
①

母子健康手帳の表紙に「氏名」と「生年月日」の記載がある

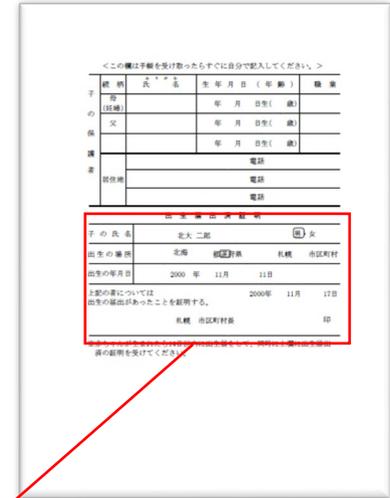
はい

いいえ

表紙



出生届出済証明の  
ページ



平成12年 4月 1日交付 No. \_\_\_\_\_

保護者の氏名： 北大 花子  
北大 太郎

子の氏名： 北大 二郎 (第1子)

生年月日： 平成12年 11月 11日 性別： 男

出生届出済証明

子の氏名	北大 二郎	男
出生の場所	北海道	札幌 市区町村
出生の年月日	2000年 11月 11日	

上記の者については 2000年 11月 17日  
出生の届出があったことを証明する。

「氏名」「生年月日」が記載されている方のいずれか1ページをA4サイズでコピーする。  
右下に学部・学年・学生番号・氏名を記入する。

②

母子健康手帳の「予防接種の記録」のページに 1歳以上で麻疹ワクチン接種の証明箇所 2回分があるか確認する

予防接種の記録 (2)  
Immunization Record

ジフテリア・百日せき・破傷風・ポリオ  
Diphtheria-Pertussis-Tetanus-Polio

時期	ワクチンの種類 Vaccine	接種年月日 Y/M/D (年齢)	接種者名 Physician	備考 Remarks
第1期 追加	1回			
	2回			
	3回			
第2期 追加				
第3期 追加				

BCG

接種年月日 Y/M/D (年齢)	メーカー又は製剤名/ロット Manufacturer or Brand name/Lot.No.	接種者名 Physician	備考 Remarks

麻疹の種類  
Vaccine

接種年月日 Y/M/D (年齢)	接種者名 Physician	備考 Remarks
第1期		
第2期		
1回		
2回		

麻疹ワクチンとは、次のいずれかを指します。

- ・ M (麻しん) ワクチン：麻疹単独ワクチン
  - ・ MR ワクチン：麻疹・風疹混合ワクチン
  - ・ MMR ワクチン：麻疹、流行性耳下腺炎 (おたふく風邪)、風疹混合ワクチン
- ※麻しん、麻疹 (はしか)、はしか、MR ワクチン 2 期、MR、MMR などの表記あり

ワクチンの種類 Vaccine	接種年月日 Y/M/D (年齢)	メーカー又は製剤名/ロット Manufacturer or Brand name/Lot.No.	接種者名 Physician	備考 Remarks
麻しん Measles	第1期			
風しん Rubella	第2期			

この形式ではない場合も多数あります。母子健康手帳の様式は、自治体によって異なっています。

接種日の年齢が 1歳以上であることを確認してください。

例) 生年月日 2000 年 (平成 12 年) 11 月 11 日の場合 (多様な書き方あり)

2001. 7. 7	麻疹 (はしか)	1 回目⇒1 歳未満のため無効
14. 3. 3	麻疹 (はしか) ワクチン	2 回目⇒1 歳のため有効
2006. 4. 3	MR ワクチン	3 回目⇒5 歳のため有効

A 4 サイズでコピーする。右下に学部・学年・学生番号・氏名を記入する

※提出する書類は、全て A 4 サイズにコピーし、それぞれ右下に学部・学年・学生番号・氏名を記入し、クリップなどで留めて提出してください。

## 医療機関で麻疹ワクチン追加接種を受けたことを証明する書類について

「医療機関で麻疹ワクチン追加接種を受けたことを証明する書類」を提出する際には、「※ワクチンのロットナンバー(製造番号)が書かれたシール【必須】」、「氏名」、「接種日」、「接種した医療機関」の情報が記載されているか確認するようお願いします。

※「ロットナンバー」については、下記を参照ください。

氏名	●● ●● 様
ワクチン名	麻しんワクチン
接種日	令和●●年●●月●●日
接種部位	
接種量	m l
製造番号 (Lot No)	
医療機関名等	

←【必須】ロットナンバー

(シール状になっていることが多い)

※この図は一例であり、提示方法は任意

(病院のレシート等にロットナンバーのシールが貼られたものなども可)

A4サイズでコピーする。右下に学部・学年・学生番号・氏名を記入する