

令和 年 月 日

各大学学長 様
(教育実習担当 様)群馬県立桐生特別支援学校
校 長 ○ ○ ○ ○

令和○年度教育実習の受入れ内諾について

下記の学生について、令和○年度本校教育実習生として受け入れることを内諾します。

記

在籍する大学	大学名 学部・学年	
	所在地	〒 TEL () -
実習生	氏名	
	住所	〒 TEL () -
	保護者住所	〒
	保護者氏名	
	電話番号	TEL () -
教育実習期間	月 日 から 月 日まで (日間)	