

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 ○ ○ ○ ○

令和〇年度教育実習の受入れ決定について

下記の学生について、令和〇年度教育実習生として受け入れることとしましたのでお知らせします。

記

氏名	
住所	〒 電話 () -
実習期間	令和 年 月 日 () から 月 日 () まで (日間)
大学名 学部・学年	〇〇大学 〇〇学部 〇〇学科 〇年
大学所在地	〒 電話 () -

※群馬県や桐生市の感染症等の状況により、実習期間を変更する場合があります。