**令和５年度　相談室「きらり」申込書**

※ご記入の上、所属の学校又は園を通じてお申込みください。

 幼児児童生徒

|  |
| --- |
|  |

 生年月日 　　　　　平成・令和　　　年 　 月 　 日 （　　　歳）

|  |
| --- |
|  |

 現在の所属

（園･学校と学年）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年生

|  |
| --- |
|  |

 令和５年度の所属予定

(園・学校名と学年)　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 年生

|  |
| --- |
|  |

 申込者氏名 　　本人との関係

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

　 初回相談日の連絡先(電話番号)

|  |
| --- |
|  |

 相談内容（簡潔にご記入いただければ結構です）

|  |
| --- |
| 例）就学について、偏食について、言葉について、排泄について、学習について |

|  |
| --- |
| 岐阜県立大垣特別支援学校 |
| 住　　所 | 〒503-0963大垣市西大外羽１丁目227-1 |
| 担　　当 | 支援センター部　　　増田知穂 |
| 電　　話 | ０５８４－８９－４８１６ |
| E-mail | c27371@mx.gifu-net.ed.jp |