

# 令和6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 ふりがな  
氏名

\_\_\_\_\_

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6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 各務美保 田路貴子
電 話	0584-89-4816
E-mail	c27371@mx.gifu-net.ed.jp