**令和７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。

（ふりがな）

幼児児童生徒　氏　名

生年月日　　　　平成・令和　　　　年　　　　月　　　　日　　　　　　　　　 歳

現在の所属

（園･学校名と学年）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年生

令和７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）

|  |
| --- |
| 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　　田路貴子 | きらりＨＰ |
| 電　話 | ０５８４－８９－４８１６ | QR コード  自動的に生成された説明 |
| ＦＡＸ | ０５８４－８９－４８１７ |
| E-mail | c27371@gifu-net.ed.jp |

 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