

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) _____

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	きらりHP
電 話	0584-89-4816	
FAX	0584-89-4817	
E-mail	c27371@gifu-net.ed.jp	