

## 令和8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8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（□には☑、（ ）の中は○を付けてご回答ください。複数回答可）

- 就学について（当校へ転入学を考えている、当校の見学を希望している、  
地域の学校での特別支援教育を考えている）
- 生活面について（偏食、排泄、言葉、癪癩） その他（ ）
- 学習面について（集中力、書字、読字） その他（ ）
- その他（ ）

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

