

## 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、癇癪)      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Ⅰ丁目227-Ⅰ	
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	