

## 鹿屋市認知症サポーター活動促進・地域づくり推進事業実施要綱

### (趣旨)

第1条 この要綱は、介護保険法（平成9年法律第123号）第115条の45第2項第6号の規定に基づき、認知症の人ができる限り住み慣れた地域で自分らしく暮らし続けることができるよう、認知症の人やその家族の支援ニーズと認知症サポーターを中心とした支援をつなぐ仕組み（以下「チームオレンジ」という。）を地域ごとに整備する認知症サポーター活動促進・地域づくり推進事業（以下「事業」という。）を実施することを目的とし、その実施については、介護保険法、地域支援事業実施要綱（平成18年6月9日付け老発第0609001厚生労働省老健局長通知）及びこの要綱の定めるところによる。

### (定義)

第2条 この要綱において、次の各号に掲げる用語の意義は、当該各号に定めるところによる。

- (1) 認知症サポーター 認知症サポーター養成講座（認知症サポーター等養成事業実施要綱（平成18年7月12日付け老計発0712001号厚生労働省老健局計画課長通知）3(2)に規定する認知症サポーター養成事業により実施する講座をいう。）を受講した者をいう。
- (2) ステップアップ講座 認知症サポーター等養成事業実施要綱3(3)に規定するステップアップ講座をいう。
- (3) オレとも 認知症サポーターのうち、ステップアップ講座を受講し、第6条に規定する活動をボランティアで行う個人又は次の要件を全て満たす団体をいう。
  - ア 市内に活動拠点があること。
  - イ 団体の代表者及び所属する半数以上の構成員がステップアップ講座を受講していること、又は受講予定であること。
  - ウ 認知症の人が団体の構成員として参加している、若しくは参加予定であること、又は認知症の人及びその家族に対し、早期から継続支援を行っていること。
- (4) 認知症地域支援推進員 鹿屋市認知症地域支援・ケア向上推進事業実施要綱（平成27年鹿屋市告示第131号）第4条に規定する認知症地域支援推進員を

いう。

(実施主体)

第3条 事業の実施主体は、鹿屋市とする。ただし、市長は、適切な事業運営が確保できると認められる公益法人、医療法人等に事業の全部又は一部を委託することができる。

(事業の内容)

第4条 事業の内容は、別表のとおりとする。

(チームオレンジコーディネーターの配置)

第5条 市長は、事業を円滑かつ効果的に実施するため、高齢福祉課、鹿屋市地域包括支援センター又は第3条の規定により事業の委託を受けた者と協議した場所に、チームオレンジコーディネーター（以下「コーディネーター」という。）を1人以上配置するものとする。

2 コーディネーターは、認知症に関する医療及び介護に関する専門的知識並びに経験を有する者で、次の各号のいずれかの要件を満たすものとする。

(1) 保健師、看護師、准看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、社会福祉士、精神保健福祉士、介護福祉士又は介護支援専門員の資格を有すること。

(2) 前号に掲げる者のほか、認知症に係る医療及び介護に関する専門的知識並びに経験を有する者として市長が認めた者

3 コーディネーターは、認知症地域支援推進員を兼務することができる。

4 事業は、コーディネーターを中心として実施するものとする。

(オレともの活動内容)

第6条 オレとものが認知症の人及びその家族に対して実施する活動の内容は、次のとおりとする。

(1) 認知症の人及びその家族が気軽に集える居場所の運営及び参加支援

(2) 認知症の人の見守り及び生活支援

(3) 認知症の人の社会参加及び趣味の活動に関する支援

(4) 前号に掲げるもののほか、オレともの活動促進及び地域づくりの推進に関すること。

(オレともの登録申請)

第7条 オレともとして活動を行おうとする者（以下「申請者」という。）は、鹿屋

市認知症サポーター（オレとも）活動登録申請書（別記第1号様式）を市長に提出しなければならない。

（オレとも登録）

第8条 市長は、前条の申請があったときは、その内容を確認し、オレともとして登録することが適当であると認めるときは、鹿屋市認知症サポーター（オレとも）活動登録台帳（別記第2号様式。以下「台帳」という。）に登録し、申請者に鹿屋市オレとも登録証（別記第3号様式。以下「登録証」という。）を交付する。この場合において、申請者が団体であるときは、団体を構成する人員分の登録証及び鹿屋市チームオレンジ認定証（別記第4号様式）を交付する。

（オレとも登録事項の変更届出）

第9条 オレともは、前条の規定により登録された事項に変更が生じたときは、鹿屋市認知症サポーター（オレとも）活動登録変更届出書（別記第5号様式）を市長に提出しなければならない。

（オレとも登録の抹消）

第10条 オレともは、オレとも活動を辞退するときは、鹿屋市認知症サポーター（オレとも）活動辞退届出書（別記第6号様式）に、登録証を添えて市長に提出しなければならない。

2 市長は、オレともが次の各号のいずれかに該当したときは、オレとも登録を抹消することができる。

- (1) 前項に規定する届出が提出されたとき。
- (2) 心身の故障等により活動の継続が困難であると認められたとき。
- (3) オレともとしてふさわしくない行為があったとき。
- (4) 次条に定める事項を遵守していないと認められたとき。

（遵守事項）

第11条 コーディネーター及びオレともは、次に掲げる事項を遵守しなければならない。

- (1) 正当な理由なく知り得た秘密及び家族の情報を他に漏らしてはならないこと。  
事業に係る活動を退いた後も、また、同様とする。
- (2) 認知症の人及びその家族のプライバシーを侵害しないこと。
- (3) 政治、宗教、営利等を目的とする行為を行わないこと。

(4) 前3号に掲げるもののほか、事業の目的達成に反する行為を行わないこと。

(オレとも活動の依頼)

第12条 オレともに活動を依頼しようとする者（以下「依頼者」という。）は、活動を希望する日のおおむね1か月前までに、鹿屋市認知症サポーター（オレとも）活動依頼書（別記第7号様式）を市長に提出しなければならない。

2 市長は、前項に規定する依頼があったときは、速やかにその内容を確認し、依頼者に対する支援を適当と認めた場合は、台帳に登録されたオレともから活動に適する者を選定し、当該オレとも依頼の諾否の確認を行うものとする。

3 前項の確認に対し、依頼を承諾したオレともは、第1項の規定により申請を行った依頼者に対し、当該申請に係る活動を行うものとする。

(その他)

第13条 この要綱に定めるもののほか、事業の実施に関し必要な事項は、市長が別に定める。

附 則

この要綱は、令和6年4月1日から施行する。

別表（第4条関係）

項目	事業内容
1 ステップアップ講座の実施支援	(1) ステップアップ講座の企画、受講勧奨等 (2) ステップアップ講座の効果的な実施体制を構築する取組
2 地域で暮らす認知症の人及びその家族の支援ニーズの把握	(1) 事業の周知及び啓発 (2) 認知症の人及びその家族の支援ニーズの把握並びに分析
3 オレとも活動支援	(1) オレとも登録及び台帳の管理 (2) オレともとして活動する団体の編成支援 (3) オレとも円滑な活動の支援
4 チームオレンジの立ち上げ及び運営支援	(1) 地域で暮らす認知症の人及びその家族の支援ニーズとオレとも活動のマッチング (2) チームオレンジの立ち上げ支援及び運営に対する助言

別記

第1号様式（第7条関係）

年 月 日

鹿屋市長 様

申請者氏名

（署名又は記名押印）

鹿屋市認知症サポーター（オレとも）活動登録申請書（個人用）

鹿屋市認知症サポーター活動促進・地域づくり推進事業実施要綱第7条の規定により鹿屋市認知症サポーター（オレとも）の登録を受けたいので、裏面の個人情報保護等に関する同意事項に同意の上、申請します。

登録対象者	フリガナ氏名		生年月日	年 月 日
	住所	郵便番号（ - ）		
	電話番号	（ ） -	FAX番号	（ ） -
	メールアドレス			
緊急連絡先	フリガナ氏名		本人との続柄	
	住所	郵便番号（ - ）		
	電話番号	（ ） -		
希望する活動内容	<p>活動を希望するもの全てにレ点でチェックを入れてください。</p> <p><input type="checkbox"/> 見守り及び声かけ</p> <p><input type="checkbox"/> 話し相手</p> <p><input type="checkbox"/> 散歩、認知症カフェ等の外出に対する同行支援</p> <p><input type="checkbox"/> 愛犬との見守り及び見回り</p> <p><input type="checkbox"/> 認知症カフェの運営協力</p> <p><input type="checkbox"/> 認知症カフェ等の立ち上げ及び運営</p> <p><input type="checkbox"/> 啓発活動（認知症月間、声かけ訓練、講演会等）への運営協力</p> <p><input type="checkbox"/> 認知症施策の推進に関すること。</p> <p><input type="checkbox"/> その他（上記以外の活動がありましたら御記入ください。）</p> <p>（ ）</p>			
交通手段	<input type="checkbox"/> 自動車 <input type="checkbox"/> バイク <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> タクシー			
活動可能エリア	<input type="checkbox"/> 市内全域 <input type="checkbox"/> 高隈中校区 <input type="checkbox"/> 鹿屋中校区 <input type="checkbox"/> 鹿屋東中校区 <input type="checkbox"/> 第一鹿屋中校区 <input type="checkbox"/> 花岡中校区 <input type="checkbox"/> 田崎中校区 <input type="checkbox"/> 大始良中校区 <input type="checkbox"/> 旧高須中校区 <input type="checkbox"/> 輝北地区 <input type="checkbox"/> 串良地区 <input type="checkbox"/> 吾平地区			
備考	<p>その他、特技や資格等がありましたら御記入ください。</p>			

(裏面)

個人情報保護等に関する同意事項

- 1 認知症サポーター（オレとも）個人として活動を行うに当たっては、個人情報保護に関する諸規定を遵守し、活動中及び活動終了後においても、活動上知り得た個人情報その他の秘密を正当な理由なく第三者に漏らしません。
- 2 活動のために必要があるときは、この申請書に記載された情報を、鹿屋市地域包括支援センターやその他当該活動の実施に必要な範囲において、関係者に提供することに同意します。
- 3 活動を行う際は、常に登録証を携帯します。
- 4 活動に当たっては、営利、宗教、政治活動その他事業目的達成に反する行為は行いません。
- 5 1から4までに記載された事項のほか、鹿屋市認知症サポーター活動促進・地域づくり推進事業実施要綱に定めのない事項については、市の指示に従います。

申請者

（署名又は記名押印）



(裏面)

団体構成員名簿					
No	フリ 氏	ガナ 名	生年月日	住 所	ステップアップ 講座受講状況
1			. .		済・予定・未定
2			. .		済・予定・未定
3			. .		済・予定・未定
4			. .		済・予定・未定
5			. .		済・予定・未定
6			. .		済・予定・未定
7			. .		済・予定・未定
8			. .		済・予定・未定
9			. .		済・予定・未定
10			. .		済・予定・未定
11			. .		済・予定・未定
12			. .		済・予定・未定
13			. .		済・予定・未定
14			. .		済・予定・未定
15			. .		済・予定・未定

個人情報保護等に関する同意事項

- 1 認知症サポーター（オレとも）団体として活動を行うに当たっては、個人情報保護に関する諸規定を遵守し、活動中及び活動終了後においても、活動上知り得た個人情報その他の秘密を正当な理由なく第三者に漏らしません。
- 2 活動のために必要があるときは、この申請書に記載された情報を、鹿屋市地域包括支援センターやその他当該活動の実施に必要な範囲において、関係者に提供することに同意します。
- 3 活動を行う際は、常に登録証を携帯します。
- 4 活動に当たっては、営利、宗教、政治活動その他事業目的達成に反する行為は行いません。
- 5 1から4までに記載された事項のほか、鹿屋市認知症サポーター活動促進・地域づくり推進事業実施要綱に定めのない事項については、市の指示に従います。

団 体 名

代表者名 \_\_\_\_\_

(署名又は記名押印)

第2号様式（第8条関係）

鹿屋市認知症サポーター（オレとも）活動登録台帳（個人用）

1	フリガナ氏名		生年月日	年 月 日	電話番号		
	住所				メールアドレス		
	緊急連絡先	フリガナ氏名	住所		電話番号		
	希望する活動内容	<input type="checkbox"/> 見守り及び声かけ <input type="checkbox"/> 散歩、認知症カフェ等の外出に対する同行支援 <input type="checkbox"/> 認知症カフェの運営協力 <input type="checkbox"/> 啓発活動（認知症月間、声かけ訓練、講演会等）への運営協力 <input type="checkbox"/> その他（				<input type="checkbox"/> 話し相手 <input type="checkbox"/> 愛犬との見守り及び見回り <input type="checkbox"/> 認知症カフェ等の立ち上げ及び運営 <input type="checkbox"/> 認知症施策の推進に関すること。                 )	
	交通手段	<input type="checkbox"/> 自動車 <input type="checkbox"/> バイク <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> タクシー					
	活動可能エリア	<input type="checkbox"/> 市内全域 <input type="checkbox"/> 高隈中校区 <input type="checkbox"/> 鹿屋中校区 <input type="checkbox"/> 鹿屋東中校区 <input type="checkbox"/> 第一鹿屋中校区 <input type="checkbox"/> 花岡中校区 <input type="checkbox"/> 田崎中校区 <input type="checkbox"/> 大始良中校区 <input type="checkbox"/> 旧高須中校区 <input type="checkbox"/> 輝北地区 <input type="checkbox"/> 串良地区 <input type="checkbox"/> 吾平地区					
	特技・資格等						
	登録年月日	年 月 日	変更年月日	年 月 日（変更内容：		抹消年月日	年 月 日
2	フリガナ氏名		生年月日	年 月 日	電話番号		
	住所				メールアドレス		
	緊急連絡先	フリガナ氏名	住所		電話番号		
	希望する活動内容	<input type="checkbox"/> 見守り及び声かけ <input type="checkbox"/> 散歩、認知症カフェ等の外出に対する同行支援 <input type="checkbox"/> 認知症カフェの運営協力 <input type="checkbox"/> 啓発活動（認知症月間、声かけ訓練、講演会等）への運営協力 <input type="checkbox"/> その他（				<input type="checkbox"/> 話し相手 <input type="checkbox"/> 愛犬との見守り及び見回り <input type="checkbox"/> 認知症カフェ等の立ち上げ及び運営 <input type="checkbox"/> 認知症施策の推進に関すること。                 )	
	交通手段	<input type="checkbox"/> 自動車 <input type="checkbox"/> バイク <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> タクシー					
	活動可能エリア	<input type="checkbox"/> 市内全域 <input type="checkbox"/> 高隈中校区 <input type="checkbox"/> 鹿屋中校区 <input type="checkbox"/> 鹿屋東中校区 <input type="checkbox"/> 第一鹿屋中校区 <input type="checkbox"/> 花岡中校区 <input type="checkbox"/> 田崎中校区 <input type="checkbox"/> 大始良中校区 <input type="checkbox"/> 旧高須中校区 <input type="checkbox"/> 輝北地区 <input type="checkbox"/> 串良地区 <input type="checkbox"/> 吾平地区					
	特技・資格等						
	登録年月日	年 月 日	変更年月日	年 月 日（変更内容：		抹消年月日	年 月 日

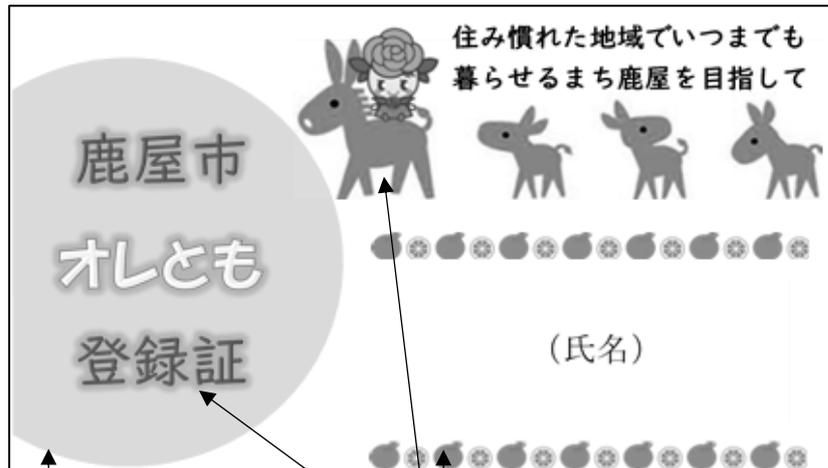
鹿屋市認知症サポーター（オレとも）活動登録台帳（団体用）

1	団体の名称					チーム名							
	団体	フリ 氏	ガナ 名			生年月日	年	月	日	電話番号			
	代表者	住所							メールアドレス				
	活動拠点				活動頻度				団体構成 員数				
	活動内容	<input type="checkbox"/> 認知症の人やその家族が気軽に集える居場所の運営及び参加支援（認知症カフェ、本人交流会、地域のサロン等） <input type="checkbox"/> 認知症の人の見守り・生活支援（見守り、声かけ、話し相手、愛犬との見回り等） <input type="checkbox"/> 認知症の人の社会参加や趣味活動に関する支援 <input type="checkbox"/> 認知症施策の推進に関すること。（啓発イベント等での協力、地域での認知症の啓発等） <input type="checkbox"/> その他（ ）											
	登録年月日	年	月	日	変更年月日	年	月	日	（変更内容： ）		抹消年月日	年	月
2	団体の名称					チーム名							
	団体	フリ 氏	ガナ 名			生年月日	年	月	日	電話番号			
	代表者	住所							メールアドレス				
	活動拠点				活動頻度				団体構成 員数				
	活動内容	<input type="checkbox"/> 認知症の人やその家族が気軽に集える居場所の運営及び参加支援（認知症カフェ、本人交流会、地域のサロン等） <input type="checkbox"/> 認知症の人の見守り・生活支援（見守り、声かけ、話し相手、愛犬との見回り等） <input type="checkbox"/> 認知症の人の社会参加や趣味活動に関する支援 <input type="checkbox"/> 認知症施策の推進に関すること。（啓発イベント等での協力、地域での認知症の啓発等） <input type="checkbox"/> その他（ ）											
	登録年月日	年	月	日	変更年月日	年	月	日	（変更内容： ）		抹消年月日	年	月

第3号様式（第8条関係）

鹿屋市オレとも登録証

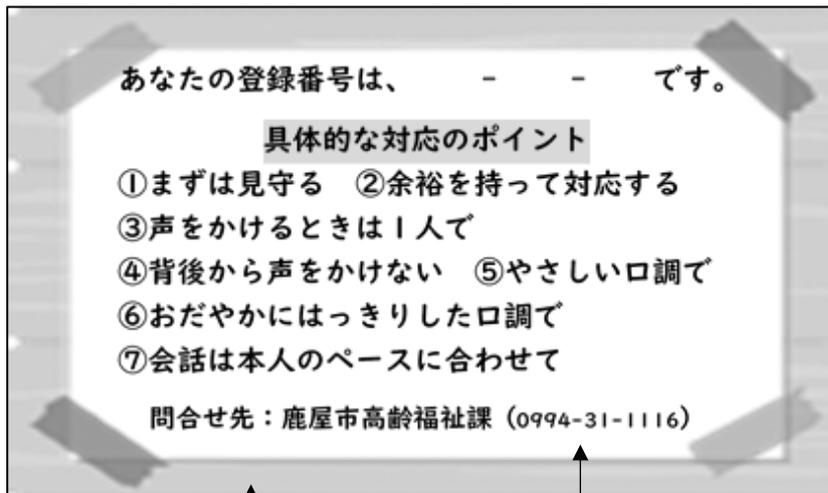
（表面）



白

オレンジ

（裏面）



薄茶色

白

第 号

## 鹿屋市チームオレンジ認定証

様

貴団体は、認知症の人やその家族を支援し、  
支え合い・助け合いによる地域づくりに寄与す  
ると認められることから、鹿屋市認知症サポ  
ーター活動促進・地域づくり推進事業実施要綱第  
8条の規定により、「鹿屋市チームオレンジ」  
として認定します

年 月 日

鹿屋市長

第5号様式（第9条関係）

年 月 日

鹿屋市長 様

登録番号（ ）

団体・代表者氏名

又は個人氏名

鹿屋市認知症サポーター（オレとも）活動登録変更届出書

鹿屋市認知症サポーター活動促進・地域づくり推進事業実施要綱第9条の規定により鹿屋市認知症サポーター（オレとも）の登録内容の変更について、次のとおり届け出ます。

		旧	新
個人	登録者	フリ氏 <small>フリ</small> ガナ名 <small>ガナ</small>	
		住 所	
		電 話 番 号	
		メールアドレス	
	緊急連絡先	フリ氏 <small>フリ</small> ガナ名 <small>ガナ</small>	
		住 所	
		電 話 番 号	
		続 柄	
団体	団体の名称		
	チーム名		
	代表者	フリ氏 <small>フリ</small> ガナ名 <small>ガナ</small>	
		住 所	
		連 絡 先	
		メールアドレス	
活 動 拠 点			

※ 変更点のみ御記入ください。

第6号様式（第10条関係）

年 月 日

鹿屋市長 様

登録番号（ ）

団体・代表者氏名

又は個人氏名

鹿屋市認知症サポーター（オレとも）活動辞退届出書

鹿屋市認知症サポーター活動促進・地域づくり推進事業実施要綱第10条の規定により鹿屋市認知症サポーター（オレとも）の登録を辞退したいので、次のとおり届け出ます。

（個人）

活 動 内 容	活動されていた内容にレ点でチェックを入れてください。 <input type="checkbox"/> 見守り及び声かけ <input type="checkbox"/> 話し相手 <input type="checkbox"/> 散歩、認知症カフェ等の外出に対する同行支援 <input type="checkbox"/> 愛犬との見守り及び見回り <input type="checkbox"/> 認知症カフェの運営協力 <input type="checkbox"/> 認知症カフェ等の立ち上げ及び運営 <input type="checkbox"/> 啓発活動（認知症月間、声かけ訓練、講演会等）への運営協力 <input type="checkbox"/> 認知症施策の推進に関すること。 <input type="checkbox"/> その他（ ）
辞 退 理 由	

（団体）

団体の名称	チーム名	
活 動 内 容	活動されていた内容にレ点でチェックを入れてください。 <input type="checkbox"/> 認知症の人やその家族が気軽に集える居場所の運営及び参加支援（認知症カフェ、本人交流会、地域のサロン等） <input type="checkbox"/> 認知症の人の見守り・生活支援（見守り、声かけ、話し相手、愛犬との見回り等） <input type="checkbox"/> 認知症の人の社会参加や趣味活動に関する支援 <input type="checkbox"/> 認知症施策の推進に関すること。（啓発イベント等での協力、地域における認知症の啓発等） <input type="checkbox"/> その他（ ）	
辞 退 理 由		

第7号様式（第12条関係）

年 月 日

鹿屋市長 様

依頼者 住所又は所在地  
氏名又は団体名  
対象者との続柄（ ）  
電 話 番 号

鹿屋市認知症サポーター（オレとも）活動依頼書

鹿屋市認知症サポーター活動促進・地域づくり推進事業実施要綱第12条の規定によりオレともによる活動の支援を受けたいので、次のとおり依頼します。

支援対象者	フリ 氏	カ 名	生年月日	年 月 日	
	住 所	郵便番号（ - ）			
	電話番号	（ ） -	性 別	男 ・ 女	
支援希望日時	例) 令和〇年〇月〇日10時～12時 毎週第3木曜日14時00分～16時30分				
希望する 支援内容	<input type="checkbox"/> 見守り及び声かけ <input type="checkbox"/> 話し相手 <input type="checkbox"/> 散歩や認知症カフェ等の外出に対する同行又は参加支援 <input type="checkbox"/> ゴミ出しなど簡単な生活支援 <input type="checkbox"/> 認知症の人の社会参加や趣味活動に関する支援 <input type="checkbox"/> 認知症に関するイベント等への協力 (内容： ) <input type="checkbox"/> 認知症サポーター養成講座への協力 <input type="checkbox"/> その他 ( )				
支援希望場所	<input type="checkbox"/> 支援対象者宅 ( 駐車場 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ) <input type="checkbox"/> その他 (所在地 ) (目印など ) (駐車場 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)				
支援希望人数	人 ※必ずしも希望する人数を調整できるわけではありません。				

(調査票) ※支援対象者が個人である場合に御記入ください。

世帯構成	<input type="checkbox"/> 一人暮らし <input type="checkbox"/> 夫婦のみ <input type="checkbox"/> 家族と同居 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
既往歴	既往歴		
	治療	<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 治療中断中 <input type="checkbox"/> 未治療	
	かかりつけ医		
療養上の注意事項	※主治医又はかかりつけ医から療養上の指示を受けている場合は御記入ください。		
介護認定及びサービス	介護認定	<input type="checkbox"/> 有 (事業対象者、要支援1・2、要介護1・2・3・4・5) <input type="checkbox"/> 無	
	ケアマネジャー	事業所名	
		氏名	
	サービス種別		
具体的な状態	短期記憶	<input type="checkbox"/> 問題有 (具体的に ) <input type="checkbox"/> 問題無	
	伝達能力	<input type="checkbox"/> 伝えられる <input type="checkbox"/> 具体的要求に限られる <input type="checkbox"/> 伝えられない <input type="checkbox"/> その他 ( )	
	判断能力	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> やや困難 <input type="checkbox"/> 見守りが必要 <input type="checkbox"/> 判断できない <input type="checkbox"/> その他 ( )	
	困っている症状等	<input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言・暴行 <input type="checkbox"/> ひとり歩き <input type="checkbox"/> 介護抵抗 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
備考	※支援に必要な連絡事項等がありましたら御記入ください。		
≪個人情報保護等に関する同意事項≫ 1 当該依頼について、活動支援を確約するものでないことについて了解します。 2 当該依頼書に記載された個人情報について、事業に関係する者に通知することに同意します。また、活動支援依頼により知り得た支援活動者の個人情報その他秘密を正当な理由なく第三者に漏らしません。 3 活動支援中に、支援活動者に対し損害を与えた場合は賠償責任を負い、支援活動者から損害を受けた場合は市に対し、鹿屋市市民活動総合補償制度の範囲を超える責任は問いません。 4 営利、宗教、政治活動その他事業目的達成に反する行為は行いません。 5 1から4までに記載された事項のほか、鹿屋市認知症サポーター活動促進・地域づくり推進事業実施要綱に定めのない事項については、市の指示に従います。 依頼者 _____ (署名又は記名押印)			

※市記載欄

鹿屋市認知症サポーター (オレとも) 活動依頼がありましたので、以下の取扱いとしてよろしいですか。  
 起案日: 年 月 日 決裁日: 年 月 日

課長	回議	担当

<input type="checkbox"/> 認知症サポーター (オレとも) を選定し派遣する。
⇒ 派遣する日時:
派遣する認知症サポーター (オレとも):
<input type="checkbox"/> 認知症サポーター (オレとも) を派遣しない (理由: )