

## 安全対策計画段階でのチェックシート

実施機関名：

事業名：

○緊急時の医療体制を整理していますか

はい  いいえ

○荒天時の対応方法を設定していますか

はい  いいえ

○下見に基づき、予想される危険についてすべて安全対策が設定されていますか

はい  いいえ

○安全対策は参加対象者に適した内容で設定していますか

はい  いいえ

○各安全対策について、対応できるスタッフを配置していますか

はい  いいえ

○各安全対策について、危険防止対策と危機発生時の対応の両方について、講師・指導者およびスタッフの任務や責任範囲を明確に決めていますか

はい  いいえ