



附表

個人資料侵害事故通報紀錄表			
社會福利機構名稱	通報時間： 年 月 日 時 分 通報人： 簽名（蓋章） 職稱 電話：		
通報機關	電子信箱： 地址：		
事件發生時間			
事件發生種類	<table border="1"> <tr> <td> <input type="checkbox"/>竊取 <input type="checkbox"/>洩漏 <input type="checkbox"/>竄改 <input type="checkbox"/>毀損 <input type="checkbox"/>滅失 <input type="checkbox"/>其他侵害事故 </td> <td> 個人資料侵害之總筆數（大約） _____ 筆 <input type="checkbox"/>一般個人資料 _____ 筆 <input type="checkbox"/>特種個人資料 _____ 筆 </td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> 竊取 <input type="checkbox"/> 洩漏 <input type="checkbox"/> 竄改 <input type="checkbox"/> 毀損 <input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> 其他侵害事故	個人資料侵害之總筆數（大約） _____ 筆 <input type="checkbox"/> 一般個人資料 _____ 筆 <input type="checkbox"/> 特種個人資料 _____ 筆
<input type="checkbox"/> 竊取 <input type="checkbox"/> 洩漏 <input type="checkbox"/> 竄改 <input type="checkbox"/> 毀損 <input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> 其他侵害事故	個人資料侵害之總筆數（大約） _____ 筆 <input type="checkbox"/> 一般個人資料 _____ 筆 <input type="checkbox"/> 特種個人資料 _____ 筆		
發生原因及事件摘要			
損害狀況			
個人資料侵害可能結果			
擬採取之因應措施			
擬通知當事人之時間及方式			
是否於發現個人資料外洩後七十二小時通報	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否，理由		