



附表

精神復健機構個人資料事故通報及紀錄表		
精神復健機構名稱	通報時間： 年 月 日 時 分	
通報機關	通報人： 簽名（蓋章）	
	職稱：	
	電話：	
	Email：	
	地址：	
發生時間		
發生種類	<input type="checkbox"/> 竊取 <input type="checkbox"/> 竄改 <input type="checkbox"/> 毀損 <input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> 洩漏 <input type="checkbox"/> 其他侵害情形	個人資料侵害之總筆數 (大約)
		<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內通報	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否，理由：	
備註：特種個人資料，指有關病歷、醫療、基因、性生活、健康檢查及犯罪前科之個人資料；一般個人資料，指特種個人資料以外之個人資料。		