



附表

個人資料侵害事故通報紀錄表		
西藥批發零售業名稱：	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：	
事件發生時間		
事件發生種類	<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	個資侵害之總筆數（大約）_____ 筆
		<input type="checkbox"/> 一般個資 _____ 筆 <input type="checkbox"/> 特種個資 _____ 筆
發生原因及事件摘要		
損害狀況		
個資侵害可能結果		

擬採取之因應措施	
擬採通知當事人之時間 及方式	
是否於發現個資外洩後 七十二小時通報	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否，理由