



附表

個人資料侵害事故通報紀錄表	
醫療器材批發零售業名稱：	通報時間： 年 月 日 時 分 通報人： 簽名（蓋章） 職稱： 電話：
通報機關：	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	
擬採通知當事人之時間及方式	
是否於發現個人資料洩後七十二小時通報	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否，理由