



附表

個人資料侵害事故通報紀錄表	
非輻射電子醫療 器材設備製造業 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