

附件

個人資料事故通報及紀錄表			
非公務機關名稱 _____ 通報機關 _____	通報時間： 年 月 日 時 分 通報人： _____ 簽名(蓋章) 職稱： 電話： Email： 地址：		
發生時間			
發生種類	<table border="1"> <tr> <td> <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 </td> <td> 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 </td> </tr> </table>	<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
<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。