

(機關全銜)		編號：_____			
緊急及意外事故立即回報單					
傳送單位		<input type="checkbox"/> 市長室 <input type="checkbox"/> 市長寓所 <input type="checkbox"/> 副市長室 <input type="checkbox"/> 秘書長室 <input type="checkbox"/> 上級機關 <input type="checkbox"/> 發言人室 <input type="checkbox"/> 相關機關			
事由	時間	____年__月__日__時__分			
	地點	_____			
	上次回報時間	____年__月__日__時__分	上次回報方式		
	類 型	<input type="checkbox"/> 治安	<input type="checkbox"/> 管線	<input type="checkbox"/> 交通	<input type="checkbox"/> 天災
	<input type="checkbox"/> 火災	<input type="checkbox"/> 墜落	<input type="checkbox"/> 崩塌	<input type="checkbox"/> 毒害	<input type="checkbox"/> 捲夾
	<input type="checkbox"/> 跌倒	<input type="checkbox"/> 溺水	<input type="checkbox"/> 撞擊	<input type="checkbox"/> 其它_____	
發生經過	_____ _____ _____ _____ _____				
發生原因	<input type="checkbox"/> 明確原因（說明如下） <input type="checkbox"/> 研判可能原因（說明如下） <input type="checkbox"/> 原因不明（調查中） 說明：				
緊急應變措施	(一) 指揮單位：_____ (二) 指揮人員：_____ (三) 連絡電話：_____ (四) 救援單位：_____ (五) 預定完成處理時間：_____年_____月_____日 _____ _____ _____				
提報人員		提報 主 管		批 示	

- 註：(1)本表由意外事故權責單位填報並傳送。
 (2)傳送時限：30分鐘。
 (3)由機關首長核判若屬重大意外事故，則傳報市長室並以電話加以確認。
 (4)傳送單位得由機關依實際需求予以調整。