

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： Email： 地址：			
通報機關：				
事件發生時間				
事件發生種類	<table border="1"> <tr> <td rowspan="2"> <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         </td> <td>           個資侵害之總筆數（大約）            筆         </td> </tr> <tr> <td> <input type="checkbox"/>一般個資 筆  <input type="checkbox"/>特種個資 筆         </td> </tr> </table>	<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
<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			