

附表

<b>個人資料侵害事故通報紀錄表</b>			
<b>醫療器材批發零售業名稱：</b>	通報時間： 年 月 日 時 分 通報人： 簽名（蓋章） 職稱： 電話：		
<b>通報機關：</b>	Email: 地址：		
<b>事件發生時間</b>			
<b>事件發生種類</b>	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 60%;"> <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 style="width: 40%;">                     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                 </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
<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		
<b>發生原因及事件摘要</b>			
<b>損害狀況</b>			
<b>個人資料侵害可能結果</b>			
<b>擬採取之因應措施</b>			
<b>擬採通知當事人之時間及方式</b>			
<b>是否於發現個人資料洩後七十二小時通報</b>	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否，理由		