

附表

精神復健機構個人資料事故通報及紀錄表				
精神復健機構名稱   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 rowspan="2"> <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）                 </td> </tr> <tr> <td> <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。				