

附件二

請傳真(04-7201556)、郵寄或以通訊軟體通報彰化縣政府

彰化縣政府所轄身心障礙福利機構危機事件通報單 初報 續報 結報

機構名稱：		通報時間	年 月 日 時 分		
通報人員	部門：	地址			
	職稱：				
	姓名：	電話	( )	傳真	( )
緊急事件類別	<input type="checkbox"/> 天然災害 <input type="checkbox"/> 意外事件 <input type="checkbox"/> 公共安全事件 <input type="checkbox"/> 暴力衝突事件 <input type="checkbox"/> 走失 <input type="checkbox"/> 虐待 <input type="checkbox"/> 性侵害(請依機構內疑似性侵害處理原則辦理) <input type="checkbox"/> 其他				
發生時間	年 月 日 午 時 分				
發生地點					
機構主任(院長)					
現場發言人	部門：	職稱：	姓名：	聯繫電話：	
事件說明(應記載人、事、時、地、物等項)					
傷亡/損失(壞)情形	<input type="checkbox"/> 死亡： <input type="checkbox"/> 1人； <input type="checkbox"/> 2人； <input type="checkbox"/> 3人； <input type="checkbox"/> 其他_____。 <input type="checkbox"/> 失蹤： <input type="checkbox"/> 1人； <input type="checkbox"/> 2人； <input type="checkbox"/> 3人； <input type="checkbox"/> 其他_____。 <input type="checkbox"/> 傷患： <input type="checkbox"/> 1人； <input type="checkbox"/> 2人； <input type="checkbox"/> 3人； <input type="checkbox"/> 其他_____。 <input type="checkbox"/> 損失狀況(新臺幣)： <input type="checkbox"/> 100萬元； <input type="checkbox"/> 200萬元； <input type="checkbox"/> 300萬元； <input type="checkbox"/> 其他_____。				
事件緊急處理概述(機構內部緊急處置情形、其他單位支援狀況...)					
媒體(或輿論)反應:(對外訊息發布情形、媒體報導情形、社會輿論反應...)					
請求支援事項					
備註(其他應通報事項)					
※本府核處情形(本項機構免填)	續報規定：通報機構 <input type="checkbox"/> 需要續報(續報時間：_____) <input type="checkbox"/> 不需續報				

含本頁及其他傳真資料共( )頁。

機構通報人：

機構主任(院長)：

承辦人：

科室主管：

機關長官：