大田县城区自来水价格调整听证会

消费者参加人报名表

填表日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 出生年月 |  | 性 别 |  |
| 学 历 |  | 身份证号码 |  |
| 工作单位 |  | 职 务 |  |
| 通讯地址 |  |
| 移动电话 |  | 电子邮箱 |  |
| 是否愿意公开个人信息 |  |
| 是否参加过听证会 |  |
| **本人承诺：上述填写信息真实有效,符合听证会消费者参加人条件。** 签名： 年 月 日 |