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 | | | | | | | |