附件

听证会报名表

填表日期： 年 月 日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  |
| 身份证号 |  | | |
| 职业 |  | 学历 |  |
| 工作单位 |  | 职务 |  |
| 通讯地址 |  | 邮编 |  |
| 联系方式 | 固定电话 |  | |
| 移动电话 |  | |
| 电子邮箱 |  | |
| 听证参加人类别（请在相应类别□中打“√”） | 生活垃圾分类专家代表 □  社区代表 □  企事业单位代表 □  社会组织代表 □  市民代表 □ | | |
| 本人对听证内容的意见或建议 |  | | |
| 备注：申请人须提供相关佐证材料扫描件，连同本报名表一并发送至通告指定邮箱。  (详情请咨询深圳市生活垃圾分类管理事务中心,联系电话：85112550) | | | |