附件：

**大通湖区调整殡葬服务价格听证会代表**

**报名表**

年 月 日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 手机号码 |  |
| 身份证号码 |  | | | | |
| 工作单位  及职务 |  | | | | |
| 联系地址 |  | | | | |