附件1 **听证会报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | |  | | 性别 | | □男 □女 | | 民族 |  |
| 出生年月 | |  | | | | 年龄 | |  | |
| 文化程度 | |  | | | | 身份证号码 | |  | |
| 工作单位及职务 | | |  | | | | | | |
| 通讯地址 | |  | | | | | | | |
| 联系电话 | |  | | | 电子邮箱 | |  | | |
| 参会主要理由 |  | | | | | | | | |
| 声明及签名：  本人自愿参加通海县人民医院急诊楼建设项目土地房屋征收补偿安置方案听证会；同时，认可并服从听证会各项纪律和组织管理规定。  签名：  日期： | | | | | | | | | |
| 备注：  1、填写的内容务必真实、清楚；有□的栏目，请在相应的□中打“√”。  2、各项联络方式务必有效，若联系不上，视为报名无效。  3、参加听证会的代表应准备书面材料，并将陈述时间控制在5分钟以内。 | | | | | | | | | |