附件1：

**召开古县岳阳养老院拟定收费标准**

**听证会消费者参加人报名表**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 报名请填写右侧 内容 | 姓名 |  | 身份证号 |  |
| 文化程度 |  | 性别 |  |
| 职业 |  | 年龄 |  |
| 工作单位或居住地址 |  | 联系电话 |  |
|  |
| 法人或者其他组织报名请填写右侧内容 | 单位名称 |  | 法定代表人 |  |
| 单位地址 |  | 联系电话 |  |
| 代表本单位出席消费者参加人信息 |
| 姓名 |  | 身份证号 |  |
| 文化程度 |  | 性别 |  |
| 职务 |  | 年龄 |  |
| 居住地址 |  | 联系电话 |  |
| 其他需要说明的情况 |  |
| 声明：本人（本单位）自愿报名参加听证，并对所提供信息的真实性负责；同时，认可并服从听证会各项组织管理规定。 报名人确认签名（报名单位确认盖章）： 报名时间：2025年 月 日 |