附件3

启东市出租汽车运价改革听**证会**

新闻媒体报名表

 填表日期： 年 月 日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| \*单位名称 |  | \*统一社会信用代码 |  |
| \*姓名 |  | 出生年月 |  | \*性别 |  |
| 学历 |  | \*身份证号码 |  |
| \*工作部门  |  | \*职务（职称）  |  |
| \*通讯地址 |  | 邮编 |  |
| 联系方式 | 固定电话 |  | 传真 |  |
| \*移动电话 |  | \*电子邮箱 |  |
| 声明：本单位及工作人员符合报名条件，自愿报名，并对所提供信息的真实性负责；承诺遵守听证会各项纪律和注意事项。  报名人确认签名（加盖单位公章）：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

说明：请按上述要求详细填写，带“\*”号的项目为必填项。