附件2

价格听证会单位听证参加人推荐表

**（经营者、人大代表、政协委员、政府有关部门、社会组织参加人）**

**听证事项：定安县出租车运价调整价格听证会**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| \* 姓名 |  | 性别 |  | 年龄 |  | 文化程度 |  |
| 政治面貌 |  | 籍贯 |  | \* 身份证号码 |  |
| \* 工作 单位 |  | 职务 |  | 担任何种其他社会职务 |  |
| 单位地址 |  | 邮编 |  |
| \* 电话 | 移动电话：固定电话： |
| 电子邮箱 |  |
| 推荐单位意见（盖章） |  |
| 筛选意见（盖章） |  |

说明：1.请按上述要求详细填写，以便联系。带“\*”号的项目必须填写，否则报名表无效

1. 名单确定后，“姓名”、“工作单位”两项内容将向社会公告。