附件1

楚雄州公立医疗机构医疗服务价格调整方案听证会

消费者参加人报名表

填表日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| \* 姓名 |  | 出生年月 |  | | | 性别 | |  |
| 学历 |  | \*身份证号码 |  | | | | | |
| \*工作单位 |  | | | | \* 职业 |  | | |
| 职务 |  | | |
| \*居住地址 |  | | | | | | | |
| \*通讯地址 |  | | | | | | 邮编 |  |
| \*联系电话 |  | | | 传 真 | | |  | |
| 电子邮箱 | | |  | |
| 声明：本人符合听证会消费者参加人报名条件，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：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | |

说明：1.请按上述要求详细填写，带“\*”号的项目为必填项。

2.名单确定后，“姓名”、“职业”将向社会公告。

附件2

楚雄州公立医疗机构医疗服务价格调整方案听证会

旁听人员报名表

填表日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| \* 姓名 |  | 出生年月 |  | | | 性别 | |  |
| 学历 |  | \*身份证号码 |  | | | | | |
| \*工作单位 |  | | | | \* 职业 |  | | |
| 职务 |  | | |
| \*居住地址 |  | | | | | | | |
| \*通讯地址 |  | | | | | | 邮编 |  |
| \*联系电话 |  | | | 传 真 | | |  | |
| 电子邮箱 | | |  | |
| 声明：本人符合听证会旁听人员报名条件，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：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | |

说明：请按上述要求详细填写，带“\*”号的项目为必填项。

附件3

楚雄州公立医疗机构医疗服务价格调整方案听证会

新闻媒体报名表

填表日期： 年 月 日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 联系电话（手机） |  |
| 单位 |  | | |
| 记者证号 |  | | |
| 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）：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |