附件：

九江市城区烟草制品零售点合理布局规定

听证会报名表

**所在县（市）：**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓名** |  | **身份证号码** | | |  | | |
| **性别** |  | **年龄** |  | **民族** |  | **学历** |  |
| **通讯地址** |  | | | **联系方式** | **手机** |  | |
| **座机** |  | |
| Email |  | |
| **代表身份** | 1. 持证零售户□    2.申请办证户□    3.消费者□    4.其他□  （请在相应的“□”内打“√”） | | | | | | |
| **申请原因** |  | | | | | | |

**申请人签字：                     申请日期：      年   月   日**