附件

《岳阳市基本医疗保险市级统筹实施细则（征求意见稿）》听证会申请表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | 性别 |  | 年龄 |  |
| 民族 |  | | 职业 |  | 学历 |  |
| 工作单位 |  | | | | 职务 |  |
| 身份证号 |  | | | | 政治面貌 |  |
| 通讯地址 |  | | | | | |
| 联系方式 | 移动电话 | |  | | | |
| 办公座机 | |  | | | |
| 电子邮箱 | |  | | | |
| 人大代表、政协委员、专家学者、律师（注明身份所属机关或单位） | | |  | | | |
| 备注 | |  | | | | |