|  |
| --- |
| **公众意见反馈表** |
| 反馈意见文件名称 | 《中山市殡葬设施布局专项规划（2024-2035）》（草案） |
| 意见人姓名或意见单位名称 |   |
| 工作单位 |   |
| 详细通讯地址 |   |
| 邮政编码 |   | 固定电话 |   |
| 移动电话 |   | 传真 |   |
| 电子邮箱地址 |  |
| 现从事工作 |   | 专业教育背景 |   |
| 对报告的具体意见，请诸条列述，准确表达：（详细内容可另附页） 1.2.3. |
| 上述意见的依据，请诸项列述，准确表达：（需逐件附文字材料） 1.2.3. |
| 声明：   上述意见不存在恶意，本人对可能的后果负责。    个人签名     意见单位法定代表人签字并加盖公章                  年     月    日 |
| 注：本意见表书面寄送有效。信息填写不完整的，不予受理。 |