|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **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。 | | | |