附件1

申请参加食糖保障措施调查听证会登记表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 参加人名称、 国别（地区） |  | | | | | | | |
| 参加人类别 | **国 内** | | | | | **国外（地区）** | | |
| 生 产 者 | | □ | | | 生 产 者 | | □ |
| 下游用户 | | □ | | | 出 口 商 | | □ |
| 进 口 商 | | □ | | | 政 府 | | □ |
| 其 他 | | □ | | | 其 他 | | □ |
| 是否发言 |  | | | 申请参会人数　（限3人） | | | |  |
| 参会人姓名、职务 | 姓名 | | | | 职务 | | | |
|  | | | |  | | | |
|  | | | |  | | | |
|  | | | |  | | | |
| 联系人 | 姓 名 |  | | | | 联系电话 |  | |
| E-mail |  | | | | 传 真 |  | |
| 地 址 |  | | | | 邮政编码 |  | |
| 代理律师 | 姓 名 |  | | | | E-mail |  | |
| 传 真 |  | | | | 联系电话 |  | |
| 参会单位代理 律师事务所 | 单位名称 |  | | | | 地 址 |  | |
| 传 真 |  | | | | 电 话 |  | |
| 其他需要 说明的问题 |  | | | | | | | |

填表时间： 　　　年 　月 　日