**嘉兴市秀洲区综合行政执法局**

**听 证 笔 录**

案件名称： 案号：

听证时间： 年 月 日 时 分至 时 分

听证地点： 听证方式：

听证申请人： 法定代表人（负责人）： 性别： 工作单位： 职务或职业： 身份证号： 住址（住所）： 邮编： 电话：

委托代理人： 性别： 身份证号：

工作单位： 职务： 电话：

委托代理人： 性别： 身份证号：

工作单位： 职务： 电话：

其他参加人：

案件调查人： 工作单位及职务：

案件调查人： 工作单位及职务：

听证主持人： 听证员： 记录人：

工作单位：

**听证笔录（正文）：**

**尾页：**在有关参加人对听证笔录审阅后，应注明“上述听证笔录内容已阅，记录属实。”

听证申请人（签名或盖章）： 年 月 日

委托代理人（签名或盖章）： 、 年 月 日

其他参加人（签名或盖章）： 年 月 日

案件调查人（签名或盖章）： 、 年 月 日

听证主持人（签名或盖章）： 年 月 日

听证员（签名或盖章）： 年 月 日

记录人（签名或盖章）： 年 月 日

**第 页共 页**