附件1

参会回执

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位情况 | 单位名称 |  | 组织机构代码 |  |
| 单位地址 |  | 参会人数 |  |
| 单位类别 | 🞏机关事业单位 🞏国有企业 🞏私营企业 🞏合资企业🞏个体工商户 🞏其他 |
| 联系人 |
| 姓 名 |  | 办公室电话 |  |
| 手 机 |  | 传 真 |  |
| 电子邮箱 |  | QQ号 |  |
| 所需毕业生情况及要求 | 专业或岗位 | 学历 | 人数 | 其他要求 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 参会人员 |  | 职务 |  | 手机 |  |
|  | 职务 |  | 手机 |  |
|  | 职务 |  | 手机 |  |
| 是否需要安排面试场地 |  |

注:此表复印有效,请于2018年4月17日前将此表发至曲靖医学高等专科学校招就处（电子邮箱: qjyzzjc@126.com,传真：0874－3126727）。

更多详情敬请关注“曲靖医专就业办”微信公众号：qjyz3126727。