四川大学华西临床医学院/华西医院2018届规培毕业生供需见面会参会回执单

填表日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位名称（发票名头） | | |  | | | | | | 联系人 |  |
| 纳税人识别号码 | | |  | | | | | | | |
| 联系电话 |  | | | | 传真 |  | | | 网 址 |  |
| 地 址 |  | | | | | | 电子邮箱 | |  | |
| 单位简介（100字以内） | | | | | | | | | | |
| **由于招聘海报尺寸有限，单位简介请在150字以内。** | | | | | | | | | | |
| 职位需求情况 | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| **格式：职位/人数/专业要求/学历/其它条件，海报篇幅有限，请精简填写。** | | | | | | | | | | |
| 参会人员名单 | | | | | | | | | | |
| 姓 名 | 性别 | 职务 | | 手 机 | | | | 特 殊 要 求 | | |
|  |  |  | |  | | | |  | | |
|  |  |  | |  | | | |  | | |

**请详细填写以上回执单，并把填写好的回执单和单位资质一起发到会务组的邮箱：**

**guipeizhaopin@126.com**