## “2017年（秋季）河南省医学卫生类大中专毕业生就业双向选择洽谈会” 回执单

|  |
| --- |
| **单位全称（加盖公章）：** |
| **单位地址：** | **单位性质：** |
| **联系人：** | **联系电话：** |
| **电子信箱：**  | **参会人员：** |
| **备注：** |

## “2017年（秋季）河南省医学卫生类大中专毕业生就业双向选择洽谈会”需求计划

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **需求专业** | **需求人数** | **使用方向及要求** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **其他要求：** | **1、** |
| **2、** |
| **3、** |

**备注：**

1．参会单位请务必将组织机构代码证复印件、营业执照复印件、参会回执单、调查问卷邮寄至新乡医学院大学生就业指导与服务中心（邮编：453003）或传真：0373-3831680，或Email:job@xxmu.edu.cn/363882056@qq.com，否则不予安排展位。

2．报到地点：新乡医学院大学生就业指导与服务中心，或会议当天直接到会场报到。