**《桂林医学院2019届毕业生双向选择洽谈会》参会回执**

年 月 日

|  |  |
| --- | --- |
| **单位名称** |  **（盖章）** |
| **联系人** |  | **电话** |  |
| **电子邮箱** |  | **网址** |  |
| **通信地址** |  | **邮编** |  |
| **是否第一次参加我校双选会** | **是□ 否□** | **是否召开专场宣讲会** | **是□ 否□** |
| **参会人员姓名** | **性别** | **职务** | **办公电话** | **移动电话** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **招聘岗位** | **需求专业** | **学历** | **需求人数** | **要求** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **[单位情况介绍]** |

备注：此表可直接传真或发邮件至桂林医学院毕业生就业服务指导中心，传真：0773-5895162；邮箱：jyb@glmc.edu.cn