**山西省医学院校2021届毕业生就业双选会参会回执单**

填表日期： 年 月 日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 单位名称（发票名头） |  | 联系人 |  |
| 纳税人识别号 |  |
| 联系电话 |  | 传真 |   | 网 址 |  |
| 地 址 |  | 电子邮箱 |  |
| 单位简介 |
|  |
| 职位需求情况 |
|  |
| 注明要参加场次 |  |
| 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：job@591yz.com