**2017年（春季）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（春季）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、**邮寄至新乡医学院大学生就业指导中心（邮编：453003）或传真：0373-3831680，或Email:Xxyxy@vip.163.com，否则不予安排展位。

2．报到地点：新乡医学院就业指导中心，或会议当天直接到会场报到。