**附件一、参会回执单**

**全国医类高校2026届毕业生秋季专场巡回招聘会**

**——重庆医科大学参会回执单**

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 | |  |
| 学生咨询电话 |  | | | | 接收简历邮箱 | |  | | |
| 地 址 |  | | | | 接收发票邮箱 | |  | | |
| 单位简介 | | | | | | | | | |
| **限定500字以内** | | | | | | | | | |
| 职位需求情况 | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| 注明要参加场次 | | | | 26日重庆医科大学（） | | | | | |
| 参会人员名单（不限制参会人数） | | | | | | | | | |
| 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：zimanpeixun@163.com