附件1

2021年秋季西部医药卫生人才交流会参会回执

填表日期： 年 月 日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 单位名称 | （用于展位门楣制作） | | |
| 发票抬头名称 |  | | |
| 纳税人识别号 |  | | |
| 发票邮寄地址 |  | | |
| 联 系 人 |  | 职 务 |  |
| 手机号码 |  | 电子邮箱 |  |
| 展位类型 | 特区展位□ 个  标准展位□ 个 | 参会人数 | 人 |
| 会员单位 | 是□ 否□ 需办理会员□ | | |
| 备注 |  | | |

注：1、请于10月22日17:30前将此表及营业执照或事业单位登记证副本、人才需求情况表（附件2）发邮件至cqswsrcjlzx@163.com，发送邮件后2个工作日内会有统一邮件回复，请注意查收邮件，若无邮件回复，请及时电话确认。

2、联系电话：023-63631020 67769445 67742781。

附件2

XXX人才需求情况表（模板）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **单位简介**  **（800字以内）** |  | | | | | |
| **招聘计划** | 岗位名称 | 需求人数 | 专业要求 | 学历要求 | 其他条件 | 是否带编 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 备注 |  | | | | | |

注：招聘计划可延伸。