参加包头医学院2020届毕业生双选洽谈会（秋季）回执

|  |  |
| --- | --- |
| **单位名称** |  |
| **单位地址** |  | **邮编** |  |
| **联系人电话** |  | **电子邮箱** |  | **传真** |  |
| **参会 人员** | **姓名** | **性别** | **职务** | **联系方式** | **是否住宿/住宿要求** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **车次或航班** |  |
| **需求专业/学历/人数** |  |
| 注：请于2019年11月7日前通过传真或电子邮件将回执发回到包头医学院招生就业处，以便后续工作的安排。 |