附件1

**湘南地区医药卫生行业2023届普通高等学校**

**毕业生供需见面会医护专场参会回执**

单位名称（加盖公章）：

|  |  |
| --- | --- |
| 详细地址 |  |
| 统一社会信用代码/组织机构代码 |  |
| 参会代表 | 姓名 | 职务 | 电话/邮箱 | 是否就餐（4月10日中餐） |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 岗位名称 | 需求专业 | 薪资待遇 | 招聘人数 | 备注 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |