附件1：

**济宁医学院日照校区2017届毕业生供需见面会回执单**

单位名称：（公 章） 单位地址：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 联系人 |  | | 电 话 |  |
| 与会代表 | 姓 名 | 性 别 | 职 务 | 联系电话 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 招聘专业 | 专 业 | | 人 数 | 要 求 |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
| 其他事项 | | （是否预订房间等） | | |