附件一：

川北医学院2017届毕业生就业双选会回执单

单位全称 （盖章）

单位地址 邮 编

联 系 人 职 务 联系电话

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 参会代表 | 姓 名 | 职务（职称） | 联系电话 | | | 参会人数 |
|  |  |  | | |  |
|  |  |  | | |
|  |  |  | | |
| 需求层次 | 需求专业 | | 需求人数 | | | 备注 |
| 男 | 女 | 合计 |  |
| 本科  毕业生 |  | |  |  |  |
|  | |  |  |  |
|  | |  |  |  |
|  | |  |  |  |
|  | |  |  |  |
|  | |  |  |  |
|  | |  |  |  |
|  | |  |  |  |
|  | |  |  |  |
| 专科  毕业生 |  | |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |
| 硕士  研究生 |  | |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |
|  | |  |  |  |
|  | |  |  |  |

说明：1.本表复制有效，电子版请浏览川北医学院就业服务平台下载。

2.请各单位参照《川北医学院2017届毕业生选录指南》第3-4页，准确填写所需求毕业生专业名称和人数。

3.如贵单位不能到会，也可将毕业生需求回执给学校，我们将及时公布。