附件

**省外医学高等院校现场人才招聘活动参会回执**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | 单位全称 | 社会信用代码 | 性别 | 职务 | 身份证号 | 银行卡号及开户行支行 | 手机号 | 拟参加的招聘会（可多选） | 收件地址 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

填表人：

单位（盖章）