重庆医科大学口腔医学院就业双选会参会回执单

重庆医科大学口腔医学院：

我单位同意参加于2023年11月18日在重庆医科大学口腔医学院举办的就业双选会，现将参会信息确认如下：

一、单位名称
营业执照或事业单位登记证副本扫描件：（请在此处上传文件）

二、参会代表信息

姓名：
职务：
联系电话：
电子邮箱：

三、人才需求情况

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **单位** | **联系人** | **手机号码** | **专业方向需求** | **人数** | **类型** |
|  |  |  |  |  |  |

四、是否需要宣讲和宣讲时长（不超过8分钟）：

我单位已阅读并同意用人单位参会须知，并按照要求准备相关材料。如因我单位原因未能成功报到参会，请允许我单位提前告知贵院，以免影响后续参会。

特此确认！

用人单位（盖章）：

年 月 日