用人单位参会回执

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 单位名称 |  | 组织机构代码（统一社会信用代码） |  |
| 单位地址 |  |
| 带队领导 | 姓名： 职务： 电话： |
| 联系人 | 姓名： 电话：  | 参会人数 |   |
| 参会代表姓名 | 工作部门及职务 | 身份证号 | 手机号 | 14天内活动轨迹 |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
|  |  |  |  |  |
| 岗位名称 | 岗位数量 | 专业需求 | 学历要求 |
|   |   |   |   |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

注：请用人单位明确填写岗位名称，岗位数量及需求专业、学历要求