附件二

**山东医学高等专科学校**

**2019年毕业生供需见面洽谈会回执单**

填表日期：2019年 月 日 单位:（盖章）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 单位名称 |  | 法人代表 |   |
| 单位地址 |  | 邮政编码 |  |
| 单位性质 |  | 上级主管部门 |  |
| 联系部门 |  | 联系人 |  | 传真 |  |
| 联系电话 |   | E-mail |  |
| 招聘职位（岗位）名称 | 人数 | 招聘专业及学历层次 | 工作地区 | 户籍要求 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 其他要求 |  |
| 招聘员工待遇 | 用工方式 |  |
| 是否签订合同 |  | 签订合同时间及期限 |  |
| 试用期 |  个月 | 试用期计算开始时间 |  |
| 试用期工资待遇 |  | 试用合格后工资待遇 |  |
| 是否为员工投保 |  | 计算投保时间及期限 |  |
| 投保种类和形式 |  |
| 参加会议的要求和建议 |  |
| 与会人员 | 姓 名 | 职 务 | 联 系 方 式 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

用人单位请于4月20日前将此表填好发往：1098801908@qq.com 或传真：（0539）—8211552