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