

附件 1:

### 参会人数及展位需求反馈表（回 执）

单位情况	单位名称		组织机构代码证号	
	单位地址		参会人数	
	联系人		联系电话	
	电子邮箱		传 真	
所需毕业生情况及要求	专业或岗位	学历	人数	其他要求
参会人员	姓名	职务	联系方式	
是否需安排面试场地				

此表复印有效,请于 2018 年 3 月 27 日前将此表发至保山中医药高等专科学校招生就业指导处邮箱 [bsyzzjc@163.com](mailto:bsyzzjc@163.com), 传真 0875—2162987。