附件2：

2025年湖北省医药卫生行业人才专场招聘会

组团参会回执汇总表

**行政单位（盖章）： 联系人： 联系方式：**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **序号** | **参会单位名称****（请填写全称，与营业执照上一致）** | **参会单位联系人信息** |
| 姓名 | 职务 | 手机号 |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |