**四川省内江医科学校**

**2019届毕业生就业“双选会”邀请函**

尊敬的用人单位:

感谢贵单位长期以来对我校教育事业的发展和毕业生就业工作的大力支持！对我校历届毕业生的厚爱！四川省内江医科学校由原内江卫生学校与内江中医校于2003年6月合并组建而成，属省级重点中等职业学校。学校坚持立德树人，突出实践技能和创新精神，以培养道德品质良好、基础知识扎实、专业技能过硬、具备良好人文意识和健全的法律意识的卫技人员为目标，建校60年来为国家和社会培养了数以万计的医药卫生专业人才。

为搭建用人单位和毕业生交流互选平台，我校2019届毕业生就业“双选会”定于2019年3月13日在校园一号操场召开。我校毕业生结构丰富，动手能力较强，可从多方面满足用人单位需求，盛情邀请贵单位届时到会选聘毕业生！现将有关事项函告如下：

**一、时间地点**

会议时间：2019年3月13日（星期三） 8：30 -- 12：30

会议地点：校园一号操场

**二、参会须知**

1、展位规格：会场内布置标准展位，规格为2m（长）×1m（宽）×2.2m（高），一张桌子，两把椅子。因场地有限，每个展位参会代表请勿超过3人。

2、展会费用：参会不收取费用，参会单位可自带布展易拉宝放在展位前。

3、请参会单位代表持本人身份证，按招聘单位须知要求提交招聘相关资质材料交会务组留存。

**三、参会流程**

1、经我校确认过的参会单位请于当天上午8:00 -- 8:30到操场签到并布展。

2、8:30“双选会”正式开始。

3、12:00会务组为每个单位免费提供午餐、饮用水等，不便之处敬请谅解。

4、请用人单位务必于**2019年3月6日前**将参会回执通过电子邮件传至我校电子邮箱，以便提前安排展位、预定参会代表住宿，费用由用人单位自理。

**四、联系方式**

学校地址：四川省内江市东兴区新江路二巷八号

联系部门：招生就业办公室（学校正大门旁）

联 系 人：周剑 刘光辉

联系电话：（0832）8323716 8323733

电子邮箱：[664807243@qq.com](mailto:664807243@qq.com)；

四川省内江医科学校

2018年12月

附件1

**四川省内江医科学校**

**2019届毕业生生源信息表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **专 业** | **毕业生**  **人 数** | **学 制** | **合 计** |
| 护 理 | 633人 | 3年  5年 | **1244人** |
| 医学检验技术 | 41人 | 2年 |
| 中医康复保健 | 112人 | 3年 |
| 药 剂 | 242人 | 3年 |
| 助 产 | 129人 | 3年 |
| 眼视光与配镜 | 24人 | 3年 |
| 康 复 技 术 | 63人 | 3年 |

内江医科学校招生就业办公室

2018年12月

附件2

**四川省内江医科学校**

**2019届毕业生双选会招聘单位须知**

为使招聘双向选择工作规范、科学、安全、有序，提升双选质量，切实保护用人单位、毕业应聘学生的权益，特对参加现场招聘会的单位提出如下应聘须知，请遵照执行：

1、到“双选会”会务组报到，填写登记表。

2、交验以下招聘资质证明。

（1）单位介绍信；法人委托书；

（2）招聘人员身份证原件及复印件，复印件请盖单位公章；

（3）单位工商营业执照副本、医疗机构许可证、法人证书副本或组织机构代码证副本复印件，复印件需加盖单位鲜章。

3、提供真实的需求信息和招聘简章。

4、经验证审核后，领取招聘资料进入指定招聘展位。

5、招聘单位、招聘人员应遵从公平、公开、公正、自愿原则进行招聘。

6、招聘单位、招聘人员不得向应聘毕业生收取任何名义的费用，不得收取应聘学生毕业证、身份证等原件。

7、招聘结束撤离招聘现场之前，请将招聘登记册（学校留存联）**盖上公章**，并及时返回“双选会”会务组留存。

8、招聘单位对拟聘毕业生的召集工作，请自拟时间、地点，并在面试时明确告知学生。

内江医科学校招生就业办公室

2018年12月

附件3

四川省内江医科学校

2019届毕业生“双选会”参会回执单

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **单位名称（全称）** | |  | | | | | | | | | |
| **单位详细通讯地址** | |  | | | | | | **邮政编码** | |  | |
| **联系人、职务** | |  | | | **手机号码** |  | | **办公电话** | |  | |
| **传 真** | |  | | | **电子邮箱** |  | | **QQ号码** | |  | |
| **单位**  **性质** | 公立综合性医院□ 中医医院□ 妇幼保健院□ 行业医院□ 民营（专科）医院□ 军队医院□ 疾控中心□ 卫生教育单位□ 基层社区卫生中心□ 乡镇卫生院□ 医药类企业□ 生物类企业□ 民营医院□ 医疗健康相关单位□ 其他单位□ | | | | | | | | | | |
| **参会代表姓名** | | **性别** | **职务** | | | | **联 系 电 话** | | | | **是否住宿** |
|  | |  |  | | | |  | | | | 是（ ）否（ ）  标间（ ）间  单间（ ）间 |
|  | |  |  | | | |  | | | |
|  | |  |  | | | |  | | | |
| **2019届毕业生需求意向表** | | | | | | | | | | | |
| **专业** | | **学历层次** | | **贵单位所需人数（人）** | | | **拟安排工作岗位** | | **其他要求** | | |
| 护 理 | | 高职专科 | |  | | |  | |  | | |
| 护 理 | | 中 专 | |  | | |  | |  | | |
| 康 复 技 术 | | 中 专 | |  | | |  | |  | | |
| 医学检验技术 | | 中 专 | |  | | |  | |  | | |
| 中医康复保健 | | 中 专 | |  | | |  | |  | | |
| 药 剂 | | 中 专 | |  | | |  | |  | | |
| 助 产 | | 中 专 | |  | | |  | |  | | |
| 眼视光与配镜 | | 中 专 | |  | | |  | |  | | |

**说明： 1、请贵单位务必在3月6日前盖章后回执，也可扫描后回执到以下邮箱；**

**2、联系人:周老师，刘老师。邮箱:664807243@qq.com;**

**3、联系QQ:664807243；此表可在内江医科学校网站就业动态栏目下载。**

**4、联系电话：0832-8323716；8323733；13990527620（周） 1818161615（刘）**

**5、若贵单位不能到会，也可将毕业生需求回执交学校，由学校及时公布。**