附件： 联合招生意向调查回执

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位 |  | | | |
| 姓名 |  | 联系电话 |  | |
| 性别 |  | 学历 |  | |
| 籍贯 |  | 是否在广东省买社保满一年 | 是 □ | 否 □ |
| 您想了解的更多信息 |  | | | |

注：1、回执填写好后，请发送至邮箱gdcpapxb@163.com

2、联系人：源昭文18903051485