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