|  |
| --- |
| **用人单位资质审核申请表（自谋）** |
| **申请人班级** |  | **姓名** |  | **学号** |  |
| **单位名称**（全称） |  |
| **单位性质** |  | **企业规模** |  |
| **单位地址** |  |
| **实际工作地址**（具体地址） |  |
| **企业简介**（150字） |  |
| **招聘岗位名称** |  |
| **岗位描述** |  |
| **单位联系人 姓名** |  |
| **单位联系人 职务** |  |
| **单位联系人 电话** |  |
| **分院审核意见** | 日期： 年 月 日 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 注：请附上用人单位营业执照复印件 用人单位待学校审核后方可开始正式计算顶岗实习时间 |