

介 绍 信

华西医院心理卫生中心：

根据学校相关要求，对拟选聘教职工开展心理健康状况测评。测评报告请签字盖章，并由学校人事处统一取回，测评费由学校统一支付。

拟聘单位：_____ 拟聘人姓名：_____

证件类型：护照 身份证 证件号码：_____

中心地址：华西医院二门诊一楼心理测验室（电信南路 28 号）

联系人：黄老师、宋老师

联系人电话：85422827

经手人签名（盖章）：_____

年 月 日

回 执

四川大学人事处：

_____同志已按要求完成心理健康状况测评，
情况属实。

医生签字：

年 月 日