**工作年限证明**

姓名： ，身份证号： ，现申请参加\_\_\_健康管理师\_\_(职业/工种)\_三\_级职业技能鉴定考试，从事本职业或相关职业工作共 年，工作简历如下：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 起止年月 | 单位名称 | | 单位所在市（或县） | 从事何种  岗位工作 |
| 年 月至 年 月 |  | |  |  |
| 年 月至 年 月 |  | |  |  |
| 年 月至 年 月 |  | |  |  |
| 年 月至 年 月 |  | |  |  |
| 本人知晓本职业（工种）报考条件、资格审核相关要求，承诺遵守职业技能鉴定报考的有关要求，保证本次填报的信息完整准确、工作履历真实，如有虚假，愿意接受被取消申报资格、已参加考试则被取消当次考试所有科目成绩、已获得证书则被注销证书数据检索及职业证书资格的处理。  考生签名：  联系电话：  年 月 日 | | 该考生填报内容真实准确。  单位（盖章）：  经办人：  联系电话：  年 月 日 | | |

注： 1、表格内考生、经办人应签全名，单位应盖章，否则不予受理。

1. 此证明仅作报考卫生健康行业职业技能鉴定考试凭据，不作其他用途。
2. 本职业或相关职业是指国家法律或法规允许的医疗服务、社区卫生服务、健康管理、健康教育、健康咨询、康复指导、健康保险咨询等行业。