

附件 4:

考生工作年限承诺书

姓名:，身份证号:，现申请参加健康管理师（职业/工种）三级职业技能等级认定，从事本职业或相关职业工作共年，工作经历如下：

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			
年 月至 年 月			

承诺声明：本人知晓本职业（工种）报考条件、资格审核相关要求，承诺遵守职业技能等级认定报考的有关要求，保证本次填报的信息完整准确、工作经历真实，如有虚假，愿意接受取消申报资格、取消当次考试所有科目成绩、注销获证数据及等级证书资格的相关一切处理。

考生签名：

联系电话：

年 月 日

注：1. 此承诺书必须由报考人员本人完成，严禁相关培训机构或他人代为承诺。

2. 此证明仅作报考技能等级认定凭据，不作其他用途。