

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、工作履历真实, 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。  
3. 需另附相关工作年限内社保缴纳记录查询结果截图或文件, 如为劳务派遣等需提供单位工作证明 (单位盖章), 如社保为个人缴纳或无社保的, 提供雇主支付劳务费的转账记录 (交易记录需跨度相关年数)。