

工作年限书面承诺书

姓名：_____，身份证号：_____，

现申请参加健康管理师（三级/高级工）职业技能考试，从事本职业工作共_____年，工作简历如下：

起止时间	从事与本职业 有关岗位	证明人姓名 及联系方式
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技能等级证书资格的处理，并登记在职业技能等级认定诚信档案。

考生签名（加盖手印）：

联系电话：

年 月 日