

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 (职业/工种) 三 级技能等级考
试，从事本职业工作共_____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			

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