**附件3**

**工作年限证明**

兹有我单位 （同志）于     部门，从事 工作，年限为   年，现申请参加**健康管理师三级（ )/公共营养师三级（ ）/公共营养师四级（ ）/口腔修复体制作工四级（ ）职业技能等级评价考核**，特此证明。

备注：此证明仅作黑龙江省职业技能等级评价报考凭据，不作其它用途。本单位对此证明负相应责任。

**固定电话：**

**证明人**：

 单位人事部门（公章）

       年  月  日

**附件4**

**个人承诺书**

本人已知悉职业 **健康管理师三级（ ）/公共营养师三级（ ）/公共营养师四级（ ）/口腔修复体制作工四级（ ）**报考条件、资格审核相关要求，承诺遵守黑龙江省职业技能等级评价的相关要求，保证本次填报的信息完整准确、工作履历真实，所提供的个人信息、证明材料、证件等均真实准确。考试期间，严格遵守考场纪律，如有违规愿意接受考区处罚。

报名材料如有虚假，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、已获得证书的则被注销证书及数据检索的处理。

**承诺人（本人手写签字）：**

**身份证号：**

年 月 日