附件2

**职业工作年限证明**

 同志,性别： ，身份证号： ，系我单位正式职工，从 年 月至 年 月在我单位 岗位上已经连续工作 年。

现申请参加本次《健康管理师三级/高级》职业资格考试，特此证明。

单位电话： 。

 **（备注：此证明仅作为报考职业资格工作年限凭据，不作其他用途。）**

单位： （盖章）

日期： 年 月 日