**工作年限证明**

兹有我单位 同志，身份证号：

从事 健康咨询 相关工作满 年。其从事该专业工作主要经历如下：

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 起 止 年 月 | 在 何 单 位 | 从事何种专业工作 |
| 年 月—至今 |   | 健康咨询 |
|  |  |  |
|  |  |  |

  **我单位对证明的真实性负责，如有虚假，报考人员、我单位人事部门及有关负责人员承担相应责任。**

 **特此证明。**

 **单位（公章）：**

 **经办人（签字）：**