**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（ )/口腔修复体制作工（ ）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（ ）/口腔修复体制作工（ ）**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

**附件5**

**疫情防控健康承诺书**

本人承诺：

1. 本人、家庭成员及其他接触者未与新冠肺炎确诊病例、疑似病例、无症状感染者、国内疫情中高风险地区及国（境）外旅居人员有密切接触史。
2. 本人、家庭成员及其他接触者不是仍在隔离治疗期的确诊、疑似病例和无症状感染者；隔离期未满的密切接触者、重点人群。
3. 本人、家庭成员及其他接触者未去过中高风险疫情地区、未接触中高风险疫情地区人员；
4. 本人、家庭成员及其他接触者未从港澳台地区、国外归来，未接触过港澳台地区、国外归来人员；
5. 本人7日内没有发热、干咳、乏力、咳痰、咽痛、腹 泻、味觉异常、嗅觉异常等不适症状；
6. 本人充分理解并遵守考试期间考点各项防疫要求，积极配合工作人员进行疫情防控监控措施；
7. 本人对以上提供的健康相关信息的真实性负责，如因信息不实引起疫情传播和扩散，愿承担由此带来的全部法律责任。

承诺人： 身份证号：

疫苗接种情况： 已接种一针 □ 已接种两针以上 □ 未接种 □

联系方式： 工作单位：

年 月 日