附件2

**从事专业工作年限证明**

兹证明 同志，身份证号码 ，在我单位/公司从事医药卫生相关工作满 年。

此证明仅作健康管理师专业职业技能鉴定考试报考之用。

单位/公司名称：

单位/公司公章：