**附件4**

**证 明**

兹有我单位工作人员 同志，身份证号码: , 专业 ，参加由贵中心承办的2020年第 批次健康管理师（三级）职业资格培训。

单位人事部门联系电话：

特此证明

备注：此证明仅作为符合报考条件学员享受优惠价格凭证，不作其他证明材料，本单位对此证明真实性负有法律责任。

单位名称（公章）

年 月 日