附件4：

**职业技能等级认定**

**工作年限证明**

兹证明 同志从 年 月至 年 月在我单位从事 劳动关系协调职业工作 年。累计以往从事该 劳动关系协调 工作 年。

在我单位工作期间，该同志遵守国家和地方法律、法规，无任何违反职业道德行为。我单位对证明的真实有效性负责。

特此证明。

备注：填写的现工作单位必须跟购买社保单位一致！

年 月至 年 月就职于 公司，职务：

年 月至 年 月就职于 公司，职务：

经办人员签名：

单位领导签名：

单位联系电话：

（单位公章）

年 月 日