

社保参保证明必须显示单位编码，和单位名称。单位必须跟工作年限承诺书一致。



广州市社会保险参保证明：

参保人姓名： 性别：女
社会保障号码： 人员状态：参保缴费

该参保人在广州市参加社会保险情况如下：

(一) 参保基本情况：

险种类型	累计缴费年限	参保时间
基本养老保险	77个月	201701
工伤保险	77个月	201701
失业保险	77个月	201701

(二) 参保缴费明细： 金额单位：元

缴费年月	单位编码	缴费工资	养老	失业	工伤	备注
			个人缴费	个人缴费	单位缴费	
202301	110393253144	4588	367.04	7	已参保	
202302	110393253144	4588	367.04	7	已参保	
202303	110393253144	4588	367.04	7	已参保	
202304	110393253144	4588	367.04	7	已参保	
202305	110393253144	4588	367.04	7	已参保	

备注：

1、本《参保证明》可由参保人在我局的互联网公共服务网页上自行打印，作为参保人在广州市参加社会保险的证明，向相关部门提供。查验部门可通过上面条形码进行核查，本条形码有效期至2023-12-18. 核查网页地址：<http://ggfw.gdhrss.gov.cn>。

2、表中“单位编号”对应的单位名称如下：

110393253144:广州市:广东省食品生产协会

3、参保单位实际参保缴费情况，以社保局信息系统记载的最新数据为准。

(证明专用章)
日期： 2023年06月21日



个人应核查单位是否具有设立相关职业岗位资质。



工作年限承诺书

姓名：_____，身份证号：_____，现申请参加_____（职业/工种）____级技能等级认定考试，从事本职业工作共_____年，工作简历如下：

起止年月	单位名称	单位所在市 （或县）	从事何种 岗位工作
年 月至 年 月			
年 月至 年 月			
年 月至 年 月			
年 月至 年 月			
年 月至 年 月			

承诺声明：本人知晓本职业（工种）报考条件、资格审核相关要求，承诺遵守职业技能等级认定报考的有关要求，保证本次填报的信息完整准确、工作履历真实，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、已获得证书则被注销证书数据检索及职业技能等级证书资格的处理，并登记在职业技能等级认定诚信档案。

考生签名（加盖手印）：

联系电话：

年 月 日

注：1. 此承诺书必须由报考人员本人完成，严禁相关培训机构或他人代为承诺。
2. 此证明仅作报考职业资格考试凭据，不作其他用途。