社会保险未参保证明

姓 名：

身份证号：

联系电话：

经查未在我局参加城镇职工基本养老保险。

特此证明。

经办人：

\*\*\*\*\*社会保险事业管理局

2022年6月 日

委托管理人事档案证明函

编号：

姓名 ，性别 ，身份证号： ，该同志档案于 年 月 日至 年 月 日，在我中心委托管理。档案编号： 。

特此证明

经办人：

联系电话：

\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

2022年6月 日