**解除人事代理关系证明书**

兹有本公司代理缴纳社会保险的职工 ，系本公司代理服务单位 （下称：委托单位）员工，社会保障号：  ， 现经委托单位的委托，已于 年 月 日解除人事代理关系。

特此证明!

单位盖章

年 月 日