**单位社会保险业务授权书**

 （经办机构名称）：

兹有我单位需要办理社会保险参保登记，现授权：姓名\_\_\_\_\_\_\_，性别\_\_\_\_\_，身份证号码 ，手机号码 为我单位社会保险专管员，负责我单位社会保险相关业务办理。

法人代表（签字）：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

单位名称（盖章）：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_年\_\_\_月\_\_\_日