确 认 书

本人已知悉人力资源社会保障部《关于城镇职工基本养老保险关系转移若干问题的通知》（人社部规〔2016〕5号）相关规定，以及按此补缴可能产生无法向省外转移基本养老保险关系的后果。

特此确认。

确认人：

年 月 日