（様式１）

平成　年　月　日

地方独立行政法人神奈川県立病院機構会計監査人の選定に係る企画提案書

　神奈川県知事　黒岩祐治　殿

　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　法人名

　　　　　　　　　　　　　　　代表者（職・氏名）　　　　　　　　印

　このことについて、別添のとおり提出します。

　提出部数　７部（１部のみ正本、６部は複写可）

（担当者連絡先）

　所属

　役職名

　氏名

　電話番号

　ファクシミリ番号

　メールアドレス

（様式２）

企　画　提　案　書

|  |
| --- |
| ①監査の取組方針（会計事務指導に対する考え方を含む） |
| ②監査計画  （ア）年間の監査実施予定スケジュール  （イ）監査業務に要する期間の日数及び人員     |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | |  | 日数 | 対応予定(実)人員数 | 人員（延人数）内訳 | 日数の内訳 | | 病院 |  |  | 会計士　（　日人）  会計士補（　日人）  その他　（　日人） | ○○実査（　日人）等を記載 | | 本部 |  |  | 会計士　（　日人）  会計士補（　日人）  その他　（　日人） | ○○実査（　日人）等を記載 | | 計 |  |  |  |  |   （ウ）具体的な監査業務の内容  　・具体的な監査項目  　・地方独立行政法人の病院において、特に必要と考える監査項目（特に重点を置く監査項目）  ③　監査体制（監査チームの構成、責任者及び各従事者の業務実績、独立行政法人及び地方独立行政法人、病院に関する業務実績がある場合は、業務内容及び法人名、病院名及び病床数を記載する）  （ア）監査責任者と監査補助者の構成及び役割  　　　公認会計士○名（監査責任者を含む）、会計士補○名　等を記載してください。  （イ）監査を行う予定者並びにその者の実務経験及び監査実績   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | 監査責任者氏名 |  | 役職名 |  | | 公認会計士としての経験年数　　　年 | | 監査責任者として監査に従事した件数　　件 | | | 監査に従事した業務従事歴（病院及び地方独立行政法人、独立行政法人支援業務を含む） | | | | |  | | | |   ※監査に従事した件数は、従事した企業数×事業年度数で記載する。  ※その他の監査従事予定者（会計士）の業務従事歴については、別紙に記載する。  （ウ）財務会計処理に関する指導、助言業務の考え方  （エ）監事との連携方法  ④　監査の品質管理  （ア）過去３年以内に、法人または、社員及び使用人等に対する公認会計士法に基づく処分がある場合は、その内容及び再発防止策の内容  （イ）直近の公認会計士審査会の検査における改善勧告の状況及びその後のフォローアップの状況  （ウ）直近の公認会計士協会における品質管理レビューの報告書の内容及び改善勧告の状況及びその後のフォローアップの状況  （エ）品質管理に関する方針及び体制  ⑤　提案者の概要   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | 事務所名称  （法人名） |  | 代表者氏名  （役職名） | |  | | 事務所住所  （本部住所） | 〒 | | | | | 設立年月日 |  | 資本金 | | 円 | | 職員数（非常勤を除く）  　代表社員数　　　　　　　　社員数　　　　　　　　公認会計士数  　会計士補数　　　　　　　　その他職員数　　　　　　　　　合計  （現時点の現況による） | | | | | | 沿革 | | | | | | 関与先数 | （平成　年　月末現在） | 左のうち監査関与数先 | |  | | （地方独立行政法人、独立行政法人、病院の関与先法人名及び業務実績） | | | | | |  | 直近前期 | | 直近前々期 | | | 売上高 | 円 | | 円 | | | 営業損益 | 円 | | 円 | | | 経常損益 | 円 | | 円 | | | 当期損益 | 円 | | 円 | |   その他の業務実績 |

※　新公認会計士試験合格者で公認会計士登録を行っていない者については、今回の提案においては、会計士補として取り扱ってください。

※　簡潔、具体的に記載し、できる限り罫線やポイント数等を調整して、この様式に収まるように記載してください。

（別紙）

監査従事予定者（会計士）の業務従事歴

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 予定者氏名 | 公認会計士　○○○○ | 経験年数 |  |
| 監査等の業務従事歴  (地方独法・独法・病院に関する経歴については、法人名（病院名）を記載する。) |  | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 予定者氏名 | 公認会計士　○○○○ | 経験年数 |  |
| 監査等の業務従事歴  (地方独法・独法・病院に関する経歴については、法人名（病院名）を記載する。) |  | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 予定者氏名 | 公認会計士　○○○○ | 経験年数 |  |
| 監査等の業務従事歴  (地方独法・独法・病院に関する経歴については、法人名（病院名）を記載する。) |  | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 予定者氏名 | 公認会計士　○○○○ | 経験年数 |  |
| 監査等の業務従事歴  (地方独法・独法・病院に関する経歴については、法人名（病院名）を記載する。) |  | | |

　※別紙についてのみ、枠が不足する場合は、ページの追加等をしてください。