（様式１）

令和　　年　　月　　日

　奈良県知事　荒井　正吾　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所または所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　商号または名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　印

地方独立行政法人奈良県立病院機構令和元年度会計監査人業務に係る

参加申込書

　標記について、次の書類を添えて申込みします。

　なお、本プロポーザルの参加資格要件を全て満たしています。

記

１　資格調書（様式２）

２　ヒアリング参加予定者名簿（様式３）

 【本プロポーザルに係る担当者の連絡先】

|  |  |
| --- | --- |
|  　担当部署名 |  |
|  　 |  |
|  　電話番号（内線） |  |
|  　 |  |
|  　 |  |

　　　　　　　※書類送付・質問回答等の送付先となります。

（様式２）

資　格　調　書

|  |  |
| --- | --- |
| 住所または所在地 |  |
| 提案参加申込者の商号または名称 |  |
| 代表者氏名 |  |
| 設立年月日 | 　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日 |
| 資　本　金　額 |  |
| 従　業　員　数 | 正社員　　　　　　　　　　　　　名 |
| パート・アルバイト等　　　　　　名 |

■同種業務実績

病院を有する独立行政法人及び地方独立行政法人の会計監査を実施した実績を記入すること。（年度別に記入下さい。）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 契 約 相 手 方 | 業 務 の 名 称 | 年度（和暦） |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

　※　上記内容が記載されていれば、様式は任意です。但し、サイズはＡ４縦版とする。

（様式３）

　（商号または名称　　　　　　　　　　）

ヒアリング参加予定者名簿

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 所属 | 役職 | 氏名 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

※ヒアリング参加予定者を３名以内で記入して下さい。

必ず、監査責任者（総括責任者）が出席して下さい。

（様式４）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

質　　問　　票

|  |  |
| --- | --- |
| 提案参加申込者の |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 質問項目 |  |
| （内容） |

　※ 　質問内容は，項目ごとに別葉で作成すること。

（様式５）

令和　　年　　月　　日

　奈良県知事　荒井　正吾　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所または所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　商号または名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　　印

地方独立行政法人奈良県立病院機構令和元年度会計監査人業務に係る提案書

　標記について、次の書類を添えて提案します。

記

１　会計監査人推薦書（様式６）

２　企画書（様式７）

３　会社概要

４　監査見積書（様式８）

※　計８部提出して下さい。

（様式６）

令和　　年　　月　　日

　奈良県知事　荒井　正吾　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所または所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　商号または名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　　印

会計監査人（監査責任者）の推薦書

　会計監査人（監査責任者）として下記の者を推薦します。

記

　監査責任者

　　　　氏　名

※　会計監査人として実績のある公認会計士を推薦して下さい。

監査責任者が複数名の場合は、全員を記載して下さい。その際、総括責任者を指定して下さい。

なお、監査法人の場合、契約は法人と締結しますが、契約書上監査責任者の氏名を明記していただくこととなります。

（様式７）

**地方独立行政法人奈良県立病院機構令和元年度会計監査人業務に係る**

**企画書**

**提案者**

**Ⅰ　提案者の概要**

　（１）名称

　（２）代表者氏名

　（３）所在地

（４）監査業務担当事務所名称及び所在地

　（５）資本金

　（６）直近の営業年度における営業収益、経常利益及び当期利益

　（７）公会計部門の有無、当該部門の人員規模

（８）関与（監査）会社数

（９）人員構成（担当事務所、全体）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 職員構成 | 担当事務所 | 全体 | 備　　考 |
| 公認会計士 | 人 | 人 |  |
| 会計士補 | 人 | 人 |  |
| その他 | 人 | 人 |  |
| 　　計 | 人 | 人 |  |

* 令和元年８月１日現在としてください。

表紙の提案者名及び（１）～（４）については、提出８部のうち１部にのみ記載してください。

**Ⅱ　監査業務等の実績**

　（１）会計監査人業務実績

　　　　会計監査人に選任された実績のある以下の法人について、当該法人の名称及び選任年度について記載すること。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 区　分 | 法人名称 | 選任年度 |
| 地方独立行政法人 |  |  |
|  | 病院を有する地方独立行政法人 |  |  |
| 独立行政法人 |  |  |
|  | 病院を有する独立行政法人 |  |  |

※行は適宜追加すること。地方独立行政法人奈良県立病院機構に係る実績は除くこと。

　（２）会計監査人業務以外での関与実績

　　　　会計監査人業務以外での地方独立行政法人又は独立行政法人への関与実績について記載すること。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 区　分 | 法人名称 | 選任年度 |
| 地方独立行政法人 |  |  |
|  | 病院を有する地方独立行政法人 |  |  |
| 独立行政法人 |  |  |
|  | 病院を有する独立行政法人 |  |  |

※行は適宜追加すること。地方独立行政法人奈良県立病院機構に係る実績は除くこと。

**Ⅲ　監査業務内容**

　（１）監査方針

　　　　監査基本方針、重点項目等について記載してください。

　（２）監査体制

　　　　監査チームの編成、職務の分担、構成人員の略歴、監査チームをバックアップする体制、監督責任者の業務実績等について記載してください。（監査体制について、公認会計士有資格者の従事比率を６０％以上とすること。）

　（３）監査実施計画

　　　　監査スケジュール、監査所要日数及び人員について記載してください。

　（４）監査実施方法

　　　　具体的な監査業務内容とその方法について記載して下さい。

　　　　提案項目①～③の内容を踏まえること。

　（５）提案書①～③（様式７①～③）

　　　　提案書①～③について、貴社の考え等を記載して下さい。

①監査実施上、工夫すべき点について

②監事及び内部検査責任者との連携のあり方、法人に対する業務支援について

③その他、法人に対する提案事項等について

　（６）監査費用（様式８）

　　　　監査費用（監査報酬、その他付随する費用及び見積りの考え方）について記載してください。

　　　 【選任にあたり参考にさせていただくもので、実際の契約金額を保証するものではありません。】

（様式７①）

提　　案　　書　①

|  |
| --- |
| ■　監査実施上、工夫すべき点について |
|  |

* 記入欄が不足する場合は，別紙（様式任意、Ａ４版縦、合計2枚）としてください。

（様式７②）

提　　案　　書　②

|  |
| --- |
| ■　監事及び内部検査責任者との連携のあり方、法人に対する業務支援について |
|  |

* 記入欄が不足する場合は，別紙（様式任意、Ａ４版縦、合計2枚）としてください。

（様式７③）

提　　案　　書　③

|  |
| --- |
| ■　その他、法人に対する提案事項等について（有料・無料の区分を含めて記載） |
|  |

* 記入欄が不足する場合は，別紙（様式任意、Ａ４版縦、合計2枚）としてください。

（様式８）

監　査　見　積　書

○　任意様式で可

　　ただし、可能な限り積算根拠を記入してください（人員・単価等）。