（様式　１）

令和　　年　　月　　日

あて先　京都市長

地方独立行政法人京都市立病院機構会計監査人応募申込書

　下記のとおり申込ます。

記

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者(団体)の名称及び代表者名 | （ふりがな） | | | | |
|  | | | | |
| 事務所の所在地 | （ふりがな） | | | | |
|  | | | | |
| 資　　本　　金 | 円 | | | | |
| 国内営業所数及び監査法人等全体の人員構成 | 国内営業所数 | | | 箇所 | |
| 公認会計士等の数 | | | 人 | |
| 公会計部門対応人員 | | | 人 | |
|  | | | | | |
| 監査を担当する事務所の連絡先等 | | | | | |
| 事務所の名称及び代表者名 | 事務所の名称 |  | | | |
| 代表者名 |  | | | |
| 事務所の所在地 |  | | | | |
| 担当者の連絡先 | 担当者名 | | 電話番号・ＦＡＸ | | メールアドレス |
|  | |  | |  |

申込書別紙

※　欄が不足する場合は、適宜広げるか、別紙参照と記載し、参照先を明示してください。

１　概要

ア　名称

|  |  |
| --- | --- |
| 監査法人等の名　　　　称 |  |

イ　令和４年度の経営実績

|  |  |
| --- | --- |
| 営業利益 | 円 |
| 経常利益 | 円 |
| 当期利益 | 円 |

　ウ　監査を担当する事務所の人員構成

|  |  |
| --- | --- |
| 公認会計士等数 | 名 |
| 公会計部門の対応人数 | 公認会計士　　　名　　その他　　　名 |
| その他監査担当についてＰＲできる事柄  ※簡潔に記載してください。 |  |

エ　過去３年以内（直近令和５年８月まで）の法人全体の処分歴（もれなく記載してください。）

|  |
| --- |
|  |

２　地方独立行政法人等の監査実績

|  |  |
| --- | --- |
| 病院を有する地方独立行政法人の監査実績  （令和２年度～令和４年度）  ※公立大学病院も含みます。 | 合計（　　　　　　）法人 |
| 病院を有する独立行政法人の監査実績  （令和２年度～令和４年度）  ※国立大学病院等 | 合計（　　　　　　）法人 |

３　監査方針

　　別紙（様式自由）にまとめてください。

４　監査実施計画

　　監査実施日程及び取組内容については、別紙（様式自由）にまとめてください。

|  |  |
| --- | --- |
| 監査実施体制 | 病院を有する地方独立行政法人の監査実績を有する人数（公認会計士　　人、その他　　人） |

５　監査日数の縮減や法人職員の負担軽減につながる、効率的な監査実施の提案について、別紙（様式自由）にまとめてください。

６　その他、監査においてＰＲできるポイントについて