

注)1. 当申請書を、下記住所に郵送または来訪にてお申し込みください。

●一翠会東京府中健診クリニックで受診した方

住所 〒183-0023

東京都府中市宮町1-40 KDX府中ビル4階

医療法人 一翠会 一翠会東京府中健診クリニック

個人情報開示窓口

2. 申請者が未成年者又は成年被後見人の場合には、代理人(法定代理人)欄も必ずご記入ください。それ以外の場合は、代理人の欄は、代理人によって請求する場合だけご記入ください。
3. 申し訳ありませんが、郵送の場合は三日程度必要となります。
4. 請求結果を郵送でご希望の場合は、本人確認資料(代理人分含む)をご同封ください。
6. ご訪問いただく場合は、平日の9:30～12:00および13:00～17:00の間となります。本人確認資料(代理人分含む)をご持参ください。
7. 本人確認資料(代理人分含む)は下記のいずれかとなります。

免許証(写) パスポート(写) 健康保険証(写) 住民票

8. この申請に関するご質問等は、下記にご連絡ください。

●一翠会東京府中健診クリニックで受診した方

住所 〒183-0023

東京都府中市宮町1-40 KDX府中ビル4階

医療法人 一翠会 一翠会東京府中健診クリニック

個人情報開示窓口

[TEL:042-363-5515](tel:042-363-5515)

平日 8:30～17:00