

JAMHURI YA MUUNGANO WA TANZANIA



Wizara ya Afya

Mpango wa Taifa wa Kifua Kikuu na Ukoma

**REJESTA YA KUSAFIRISHA SAMPULI
ZA KIFUA KIKUU (TB)**

JINA LA MSAFIRISHAJI WA SAMPULI _____

NAMBA YA SIMU _____

NAMBA YA CHOMBO CHA USAFIRI _____

KIJIJI/MTAA _____

KATA _____

HALMASHAURI _____

MKOA _____

Sehemu A: Taarifa za kituo sampuli zinapotoka				Sehemu A: Taarifa za kituo sampuli zinapotoka			
Na.	Jina la kituo	Jina la mtumaji	Namba ya simu (weka zaidi ya namba moja)	Na.	Jina la kituo	Jina la mpokeaji	Namba ya simu (weka zaidi ya namba moja)
1				9			
2				10			
3				11			
4				12			
5				13			
6				14			
7				15			
8				16			

Sehemu B: Taarifa za kituo sampuli zinapoenda (maabara za upimaji)				Sehemu B: Taarifa za kituo sampuli zinapoenda (maabara za upimaji)			
Na.	Jina la kituo	Jina la mpokeaji	Namba ya simu (weka zaidi ya namba moja)	Na.	Jina la kituo	Jina la mpokeaji	Namba ya simu (weka zaidi ya namba moja)
1				6			
2				7			
3				8			
4				9			
5				10			

