

# KAHAMA COLLEGE OF HEALTH SCIENCES



P.O Box 424,  
KAHAMA, SHINYANGA  
E-mail: [admin@kachs.ac.tz](mailto:admin@kachs.ac.tz)  
[info@kachs.ac.tz](mailto:info@kachs.ac.tz)  
Website: [www.kachs.ac.tz](http://www.kachs.ac.tz)

Cellular: +255 766640531  
+255 683170921

## KOZI YA WAMILIKI MADUKA YA DAWA MUHIMU (DLDM) FOMU YA MAOMBI

Jina Kamili La Mwombaji: \_\_\_\_\_

Jinsia: Me/Ke \_\_\_\_\_

Tarehe Ya Kuzaliwa: \_\_\_\_\_

Namba Za Simu: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Anwani Ya Posta (Kama ipo) S.L.P \_\_\_\_\_

### Elimu Ya Msingi:

Jina La Shule ya Msingi \_\_\_\_\_

Mwaka Wa Kumaliza Shule Ya Msingi \_\_\_\_\_

### Elimu Ya Secondary -Form Four (Kama Unayo):

(i) Jina La Shule Uliyosoma: \_\_\_\_\_

(ii) Index No: \_\_\_\_\_ Mwaka uliomaliza \_\_\_\_\_

Mahali Unapoishi :

Kata \_\_\_\_\_ Wilaya \_\_\_\_\_ Mkoa \_\_\_\_\_

### KIAPO:

Mimi \_\_\_\_\_ mwenye saini hii (weka saini) \_\_\_\_\_

nathibitisha kwamba, taarifa nilizotoa ni za kweli kabisa kwa kadiri ya ulelewa wangu.

Tarehe \_\_\_\_\_

## **MAONI YA CHUO**

Anastahili/Hastahili kuitwa kwenye mafunzo\_\_\_\_\_

### **ADA YA MAOMBI:**

Baada ya kujaza fomu ya maombi, tafadhali lipia ada ya maombi (Tsh. 10,000/) katika akaunti za benki zilizotajwa hapa chini. Kisha rejesha Fomu iliyojazwa pamoja na stakabadhi ya malipo ya benki (Bank Pay-In Slip) chuoni, au kwa e-mail: admin@kachs.ac.tz

### **ANGALIZO:**

- Tafadhali Kumbuka kuandika jina lako katika stakabadhi ya benki.
- Tafadhali usifanye malipo kwa njia nyingine yoyote tofauti na zilizotajwa hapa chini.

**JINA LA AKAUNTI: "KAHAMA COLLEGE OF HEALTH SCIENCES – SHORT COURSES"**

**BANK: NMB ACCOUNT NUMBER: 30610028038**

**KWA MAWASILIANO ZAIDI PIGA**

**\*\*+255766640531/+255683170921/+255686187412\*\***