

## **Final Certificate for COVID-19 Vaccination**

## **Beneficiary Details**

Beneficiary Name / பலனாளியின் பெயர்

Age / வயது

Gender / பாலினம்

ID Verified / அடையாளச் சான்று

Unique Health ID (UHID)

Beneficiary Reference ID

## **Vaccination Details**

Vaccine Name / தடுப்பூசியின் பெயர்

Date of 1st Dose / முதல் டோஸின் தேதி

Date of 2<sup>nd</sup> Dose / இரண்டாவது டோஸின் தேதி

Vaccinated by / தடுப்பூசியை வழங்கியவர்

Vaccination at / தடுப்பூசி வழங்கப்பட்ட இடம்

"மருந்து மற்றும் மனவுறுதியுடன் Together, India will defeat COVID-19"

- பிரதம மந்திரி

In case of any adverse events, kindly contact the nearest Public Health Center/ Healthcare Worker/District Immunization Officer/State **Helpline No. 1075** 

ஏதேனும் எதிர்மறை விளைவுகள் ஏற்பட்டால், தயவு செய்து அருகாமையிலுள்ள பொது சுகாதார மையம் / ஆரோக்கியப் பராமரிப்புப் பணியாளர் / மாவட்ட தடுப்பூசி அலுவலர் / மாநில உதவி எண். 1075ஐ தொடர்பு கொள்ளவும்.



