



Ministry of Health & Family Welfare  
Government of India

***Provisional Certificate  
for COVID-19 Vaccination  
(1 st Dose)***

**Beneficiary Details**

Beneficiary Name / लाभार्थी का नाम

Age / उम्र

Gender / लिंग

ID Verified / पहचान पत्र सत्यापित

UHID

Beneficiary Address / लाभार्थी का पता

**Vaccination Details**

Vaccine Name / वैक्सीन का नाम

Date of Dose / खुराक की तारीख

Next Due Date / अगली नियत तिथि

Vaccinated by / टीका लगाने वाले का नाम

Vaccination at / टीकाकरण का स्थान



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

टीकाकरण पश्चात किसी प्रतिकूल घटना के होने पर नज़दीकी स्वास्थ्य केंद्र/स्वास्थ्य कर्मी/जिला टीकाकरण अधिकारी/राज्य **हेल्प लाइन 1075** पर सम्पर्क करें