

Final Certificate for COVID-19 Vaccination

Beneficiary Details

Beneficiary Name / ಫಲಾನುಭವಿಯ ಹೆಸರು

Age / ವಯಸ್ಸು

Gender / ಲಿಂಗ

ID Verified / ಐ.ಡಿ. ಗುರುತು

Unique Health ID (UHID)

Beneficiary Reference ID

Vaccination Details

Vaccine Name / ಲಸಿಕೆ ಹೆಸರು

Date of 1st Dose / ಮೊದಲ ಡೋಸ್ ದಿನಾಂಕ

Date of 2nd Dose / ಎರಡನೇ ಡೋಸ್ ದಿನಾಂಕ

Vaccinated by / ಲಸಿಕೆ ನೀಡಿದವರು

Vaccination at / ಲಸಿಕೆ ಹಾಕಿದ ಸ್ಥಳ

+

"ಔಷಧಿ /ಲಸಿಕೆ ಬೇಕು, ಜೊತೆಗೆ ದೃಢತೆ ಬೇಕು

Together, India will defeat COVID-19"

- ಪ್ರಧಾನಮಂತ್ರಿ

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

ಯಾವುದೇ ಅಡ್ಡಪರಿಣಾಮ ಉಂಟಾದ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ, ದಯವಿಟ್ಟು ಸಮೀಪದ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರ/ಆರೋಗ್ಯ ಶುಷ್ರೂಷೆ ಕಾರ್ಯಕರ್ತೆ/ ಜಿಲ್ಲಾ ಲಸಿಕೆ ಅಧಿಕಾರಿ/ರಾಜ್ಯ ಸಹಾಯವಾಣಿ ಸಂ. 1075 ಸಂಪರ್ಕಿಸಿ



