

Final Certificate for COVID-19 Vaccination

Beneficiary Details

Beneficiary Name / ଲାଭାର୍ଥୀଙ୍କର ନାମ

Age / ବୟସ

Gender / ଲିଙ୍ଗ

ID Verified / ଆଇଡି ସତ୍ୟାପିତ ହୋଇଛି

Unique Health ID (UHID)

Beneficiary Reference ID

Vaccination Details

Vaccine Name / ଟିକା ନାମ

Date of 1st Dose / ପ୍ରଥମ ଡୋଜର ତାରିଖ

Date of 2nd Dose / <mark>ଦ୍ୱିତୀୟ ଡୋଜର ତାରିଖ</mark>

Vaccinated by / ଟିକା ଦେଉଥିବା ବ୍ୟକ୍ତିଙ୍କ ନାମ

Vaccination at / **Cୀକାକରଣ ସ୍ଥାନ**

"ଔଷଧ ମଧ୍ୟ ଏବଂ କଠୋରତା ମଧ୍ୟ

Together, India will defeat COVID-19"

- ପ୍ରଧାନମନ୍ତୀ

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

କୌଣସି ପ୍ରକାର ପ୍ରତିକୂଳ ଘଟଣା ଘଟିଲେ ଦୟାକରି ନିକଟସ୍ଥ ଜନସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ କେନ୍ଦ୍ର / ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟସେବା କର୍ମୀ / ଜିଲ୍ଲା ଟୀକାକରଣ ଅଫିସର / ରାଜ୍ୟ ହେଲ୍ଲଲାଇନ ନମ୍ବର 1075 ସହିତ ଯୋଗାଯୋଗ କରନ୍ତ



