

Final Certificate for COVID-19 Vaccination

Name / नाम Vaccine / टीका

Age / उम्र Date of dose / खुराक की तारीख

Gender / लिंग Vaccinated by / टीकाकर्मी

ID Verified / आई.डी. का प्रकार Vaccination at / टीकाकरण का स्थान

UHID / Beneficiary ID

Resident of / पता



In case of any adverse events, kindly contact the nearest public health center or call the **Toll Free Help Line 1075** किसी भी प्रतिकुल घटनाओं के मामले में, कृपया नजदीकी जन स्वास्थ्य केंद्र से संपर्क करें या **टोल फ्री हेल्प लाइन 1075** पर कॉल करें