

Final Certificate for COVID-19 Vaccination

Beneficiary Details

مستفید فرد کا نام / Beneficiary Name

عمر / Age

جنس / Gender

تصدیق شدہ آئی ڈی / ID Verified

Unique Health ID (UHID)

Beneficiary Reference ID

Vaccination Details

ویکسین کا نام / Vaccine Name

پہلی خوراک کی تاریخ / Date of 1st Dose

دوسری خوراک کی تاریخ / Date of 2nd Dose

Vaccinated by / لگانے والے کا نام

ٹیکہ کاری کا مقام / Vaccination at

+

دوائی بھی اور سختی بھی

Together, India will defeat COVID-19"

۔ وزیر اعظم

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

کسی بھی برخلاف واقع کی صورت میں براہ کرم نزدیکی پبلک ہیلتھ سینٹر/ ہیلتھ کئیر ورکر/ ضلعی ا 1075 پر رابطہ قائم کریں۔ میونائزیشن آفیسر/ ریاستی ہیلپ لائن نمبر



