

Final Certificate for COVID-19 Vaccination

Beneficiary Details

Beneficiary Name / ഗുണഭോക്താവിന്റെ പേര്

Age / വയസ്

Gender / ലിംഗം

ID Verified / പരിശോധിച്ച ഐഡി

Unique Health ID (UHID)

Beneficiary Reference ID

Vaccination Details

Vaccine Name / വാക്സിന്റെ പേര്

Date of 1st Dose / ആദ്യ ഡോസിന്റെ തീയതി

Date of 2nd Dose / രണ്ടാമത്തെ ഡോസിന്റെ തീയതി

Vaccinated by / വാക്സിൻ നൽകിയത്

Vaccination at / വാക്സിൻ സ്വീകരിച്ച സ്ഥലം

+

+

"മരുന്നും കർശനനിയന്ത്രണങ്ങളും Together, India will defeat COVID-19"

- പ്രധാനമന്ത്രി

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

എന്തെങ്കിലും പ്രതികൂല സംഭവങ്ങളുണ്ടെങ്കിൽ, അടുത്തുള്ള പ്രാഥമിക ആരോഗ്യ കേന്ദ്രം / ആരോഗ്യ പ്രവർത്തകർ / ജില്ലാ ഇമ്യൂണൈസേഷൻ ഓഫീസർ/ സ്റ്റേറ്റ് ഹെൽപ്പ്ലൈൻ നമ്പർ 1075 എന്നിവയിൽ ബന്ധപ്പെടുക



