

## **Final Certificate for COVID-19 Vaccination**

## **Beneficiary Details**

Beneficiary Name / लाभार्थीको नाम

Age / उमेर

Gender / लिङ्ग

ID Verified / पहिचान पुष्टि गरिएको

Unique Health ID (UHID)

Beneficiary Reference ID

## **Vaccination Details**

Vaccine Name / खोपको नाम

Date of 1st Dose / पहिलो खुराकको मिति

Date of 2<sup>nd</sup> Dose / दोस्रो खुराकको मिति

Vaccinated by / खोप लगाउने

Vaccination at / खोप लगाइएको स्थान

## "औषधी पनि अनुशासन पनि

Together, India will defeat COVID-19"

- प्रधानमन्त्री

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

कुनै पनि प्रतिकुल घटना भएमा, नजिकैको सार्वजनिक स्वास्थ्य केन्द्र/ स्वास्थ्यकर्मी/जिल्लाको खोप कर्मचारी/ राज्यलाई हेल्पलाइन नम्बर १०७५ मा सम्पर्क गर्नुहोस्



