

## Provisional Certificate for COVID-19 Vaccination - 1st Dose

## **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 Dose / ଟୀକାକରଣ ତାରୀଖ

Next due date / ପରବର୍ତ୍ତୀ ଟୀକାକରଣ ତାରିଖ

Vaccinated by / ଟିକା ଦେଉଥିବା ବ୍ୟକ୍ତିଙ୍କ ନାମ

Vaccination at / <mark>ଟୀକାକରଣ ସ୍ଥାନ</mark>

"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 ହେଲୁଲାଇନ ନମ୍ବର 1075 ସହିତ ଯୋଗାଯୋଗ କରନ୍ତ



