

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

Fully Vaccinated:

## **Beneficiary Details**

Beneficiary Name / लाभार्थीके नाम

Age / आयु

Gender / लिंग

ID Verified / आईडी वेरिफाइड

Unique Health ID (UHID)

Beneficiary Reference ID

## **Vaccination Details**

Vaccine Name / वैक्सीन नाम

Date of 1st Dose / पहिले खुराक के तिथि

Date of 2nd Dose / दोसर खुराक के तिथि

Vaccinated by / द्वारा टीका लगायल गेल

Vaccination at / टीकाकरण भेल

"औषधि आ अनुशासनके संगे

Together, India will defeat COVID-19"

- प्रधानमंत्री

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

कोनो प्रतिकूल घटनाके विषयमे, कृपया नजदीकी जन स्वास्थ्य केंद्र / स्वास्थ्य सेवा कार्यकर्ता / जिला संपर्क करु टीकाकरण अधिकारी / राज्य हेल्पलाइन नंबर १०७५





