

Certificate for COVID-19 Vaccination

Fully Vaccinated:

Beneficiary Details

Beneficiary Name / లబ్దిదారుని పేరు

Age / వయస్సు

Gender / อื่อก้อ

ID Verified / ఐడి ధృవీకరించబడింది

Unique Health ID (UHID)

Beneficiary Reference ID

Vaccination Details

Vaccine Name / టీకా పేరు

Date of 1st Dose / ಮುದಟಿ ಮಾತಾದು ತೆದಿ

Date of 2nd Dose / రెండవ మోతాదు తేదీ

Vaccinated by / ಟೆಕಾಲು ವೆಯಂಪಿನವಾರು

Vaccination at / టీకాలు వేసిన చోటు

"టీకాతో పాటు పత్యం కూడా చెయ్యాలి

Together, India will defeat COVID-19"

- ప్రధానమంత్రి

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

ఏదైనా ప్రతికూల సంఘటనలు జరిగితే, దయచేసి సమీప ప్రజారోగ్య కేంద్రం / హెల్త్ కేర్ వర్కర్ / జిల్లా ఇమ్మునైజేషన్ ఆఫీసర్ను సంప్రదించండి / రాష్ట్ర హెల్స్ లైన్ నెం. 1075



