

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

Fully Vaccinated:

## **Beneficiary Details**

Beneficiary Name / হিতাধিকাৰীৰ নাম

Age / বয়স

Gender / লিংগ

ID Verified / পৰিচয় পত্ৰ সত্যাপিত

Unique Health ID (UHID)

Beneficiary Reference ID

## **Vaccination Details**

Vaccine Name / ভেক্সিনৰ নাম

Date of 1st Dose / প্ৰথম পালিৰ তাৰিখ

Date of 2<sup>nd</sup> Dose / দ্বিতীয় পালিৰ তাৰিখ

Vaccinated by / টীকাকৰণ কৰিছে

Vaccination at / টীকাকৰণৰ স্থান



"ঔষধৰ লগতে কঠোৰতাও Together, India will defeat COVID-19"

- প্ৰধান মন্ত্ৰী নৰেন্দ্ৰ মোডী

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

যিকোনো প্ৰতিকূল ঘটনাৰ ক্ষেত্ৰত, অনুগ্ৰহ কৰি নিকটৱৰ্তী ৰাজহুৱা স্বাস্থ্য কেন্দ্ৰ/স্বাস্থ্য কৰ্মী/জিলা টীকাকৰণ বিষয়া/ ৰাজ্যিক হেল্পলাই নম্বৰ 1075 ত যোগাযোগ কৰক।



