



## কোভিড-১৯ টিকাদান কার্ড (ফাইজার)



শিক্ষার্থীর নাম: _____ জন্মনিবন্ধন নম্বর: _____ জন্ম তারিখ: _____ কেন্দ্রের নাম: উপজেলা স্বাস্থ্য কমপ্লেক্স, ভেড়ামারা, কুষ্টিয়া শিক্ষাপ্রতিষ্ঠানের নাম: ভেড়ামারা পাইলট মডেল উচ্চ বিদ্যালয়	টিকা গ্রহণের পর যেকোনো সমস্যা/অসুবিধা হলে ১৬২৬৩ নম্বরে যোগাযোগ করুন। জরুরি অবস্থায় উপজেলা স্বাস্থ্য কমপ্লেক্সে নিয়ে আসুন।  এই কার্ড কোভিড ভ্যাকসিন সার্টিফিকেট প্রাপ্তি নিশ্চিত করে না।  কোভিড ভ্যাকসিন সার্টিফিকেট প্রাপ্তির জন্য সুরক্ষায় (www.surokha.gov.bd) নিবন্ধন বাধ্যতামূলক
কোভিড ১৯ টিকাদান তথ্য (অফিস কতৃক পূরণীয়)	
১ম ডোজ প্রদানের তারিখ: _____ লাইন লিস্ট ভ্যারিফিকেশন নাম্বার: _____	টিকা প্রদানকারীর সাক্ষর: _____
২য় ডোজ প্রদানের তারিখ: _____ লাইন লিস্ট ভ্যারিফিকেশন নাম্বার: _____	টিকা প্রদানকারীর সাক্ষর: _____



## কোভিড-১৯ টিকাদান কার্ড (ফাইজার)



শিক্ষার্থীর নাম: _____ জন্মনিবন্ধন নম্বর: _____ জন্ম তারিখ: _____ কেন্দ্রের নাম: উপজেলা স্বাস্থ্য কমপ্লেক্স, ভেড়ামারা, কুষ্টিয়া শিক্ষাপ্রতিষ্ঠানের নাম: ভেড়ামারা পাইলট মডেল উচ্চ বিদ্যালয়	টিকা গ্রহণের পর যেকোনো সমস্যা/অসুবিধা হলে ১৬২৬৩ নম্বরে যোগাযোগ করুন। জরুরি অবস্থায় উপজেলা স্বাস্থ্য কমপ্লেক্সে নিয়ে আসুন।  এই কার্ড কোভিড ভ্যাকসিন সার্টিফিকেট প্রাপ্তি নিশ্চিত করে না।  কোভিড ভ্যাকসিন সার্টিফিকেট প্রাপ্তির জন্য সুরক্ষায় (www.surokha.gov.bd) নিবন্ধন বাধ্যতামূলক
কোভিড ১৯ টিকাদান তথ্য (অফিস কতৃক পূরণীয়)	
১ম ডোজ প্রদানের তারিখ: _____ লাইন লিস্ট ভ্যারিফিকেশন নাম্বার: _____	টিকা প্রদানকারীর সাক্ষর: _____
২য় ডোজ প্রদানের তারিখ: _____ লাইন লিস্ট ভ্যারিফিকেশন নাম্বার: _____	টিকা প্রদানকারীর সাক্ষর: _____