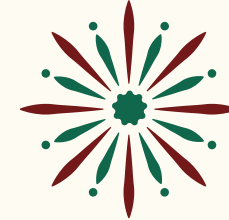
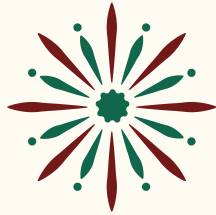




स्वास्थ्य एवं
परिवार कल्याण मंत्रालय
MINISTRY OF
HEALTH AND
FAMILY WELFARE



टीकाकरण पूरा सेहत का बसेरा

— झारखंड —

यह प्रमाणित किया जाता है कि श्रीमती _____ एवं श्री _____
ने अपने बच्चे _____ के जन्म से अब तक सभी निर्धारित टीके समय पर और पूरी जिम्मेदारी
से लगवाए हैं। आपके इस प्रेम और सजगता ने बच्चे के स्वस्थ और उज्ज्वल भविष्य की नींव रखी है।
स्वास्थ्य विभाग आपको और आपके परिवार को हार्दिक बधाई एवं शुभकामनाएँ देता है।

हस्ताक्षर

प्रभारी चिकित्सा पदाधिकारी
Medical Officer Incharge

तारीख और स्थान

हस्ताक्षर

ए.एन.एम.
ANM