继续跟师学习证明

申请人 于XX年XX月与指导老师

签订跟师学习合同并公证，至XX年XX月跟师3年期满。

并于XX年XX月至XX年XX月继续跟随指导老师学习满2年。

特此证明。

指导老师： （签字）

指导老师所在医疗机构（盖章）

 年 月 日