



**Application for Continuing Education Unit Credit  
Demande de crédits pour les unités d'éducation permanente  
Individual Session Form / Formulaire de session individuelle**

**Dialectical Behavior Therapy (DBT) Tools and Strategies for Trauma-Related Symptoms**

Name of Event / Titre de l'événement

Event Code / Code de l'événement: **64950371**      Start Date / Début de l'événement: **11/21/2020**      End Date / Fin de l'événement: **11/21/2020**

**Lane Pederson, PsyD., LP**

Leaders / Présentateurs

**Envision**

Sponsor / Parrain

**Live Online Webinar**

City / Ville

Credit Hours / heures de crédits: **4**

**To Applicants:**

Members of CCPA will receive transcripts at no cost listing all attended events assessed as Continuing Education Credit. Non-members must attach a cheque for \$30.00 payable to CCPA to have CEC's recorded and to have a transcript issued. Members may request one additional transcript per year

Les membres de l'ACCP recevront sans frais un relevé des événements évalués pour des Crédits d'éducation permanente. Les non-membres doivent inclure un chèque de 30\$ payable à l'ACCP pour faire inscrire des CÉP et recevoir un relevé. Les membres peuvent faire la demande d'un relevé additionnel sans frais une fois l'an.

**Name/Nom & E-mail :**

**Address / Adresse :**

**City/Ville :**

**Province :**

**Postal Code /  
Code postal :**

Member of CCPA / member de l'ACCP: Yes/Oui: \_\_\_\_\_ No/Non: \_\_\_\_\_

(If "No", cheque must accompany this application / Si "non" un chèque doit accompagner cette demande)

If you are a CCPA Member, please enter your Membership ID : \_\_\_\_\_

Si vous êtes membre de l'ACCP, veuillez indiquer votre numéro de membre : \_\_\_\_\_

**"I certify that I participated in the event listed above and achieved the criteria necessary to obtain the Continuing Education Credits assigned to this event. Je certifie que j'ai participé à l'activité ci-haut mentionnée et rencontré les exigences pour obtenir les unités d'éducation permanente s'y rattachant."**

\_\_\_\_\_  
**Signature**

To be completed by the CCPA National Office / à compléter par le bureau chef de l'ACCP  
Membership Verified      Fee Included