(Insert Agency, Date, Location) - VR CET - Crisis De-Escalation **Course**

Last Name	First Name	Email	Package	Attendance
			VR CET - Crisis De-Escalation	
			VR CET - Crisis De-Escalation	
			VR CET - Crisis De-Escalation	
			VR CET - Crisis De-Escalation	
			VR CET - Crisis De-Escalation	
			VR CET - Crisis De-Escalation	
			VR CET - Crisis De-Escalation	
			VR CET - Crisis De-Escalation	
			VR CET - Crisis De-Escalation	
			VR CET - Crisis De-Escalation	
			VR CET - Crisis De-Escalation	
			VR CET - Crisis De-Escalation	
			VR CET - Crisis De-Escalation	
			VR CET - Crisis De-Escalation	
			VR CET - Crisis De-Escalation	
			VR CET - Crisis De-Escalation	
			VR CET - Crisis De-Escalation	
			VR CET - Crisis De-Escalation	

All students above have successfully passed the course listed.

Instructor Name: _____

Date: _____

Signature: _____