



Government
Gouvernement

DENTAL HYGIENIST RENEWAL FORM

DENTAL PROFESSION ACT

DEMANDE DE RENOUVELLEMENT D'UNE LICENCE D'HYGIÉNISTE DENTAIRE

LOI SUR LA PROFESSION DENTAIRE

Non Residents must attach a letter of good standing from all other jurisdictions they are currently licensed in.

Les non-résidents¹ doivent annexer une lettre attestant qu'ils sont en règle dans la région administrative où ils exercent en vertu d'une licence.

Renewal Fees: \$50.00 • Droits de renouvellement : 50 \$

1. Name:
Nom : _____

2. Resident: _____ Non-Resident: _____
Résident : _____ Non-résident : _____

3. Business address:
Adresse professionnelle : _____

4. Phone number:
Numéro de téléphone : _____

5. Employed by:
Employeur : _____

6. Additional training acquired during the past licensing year:
Cours de perfectionnement suivi durant la dernière année visée par la licence :

Course	Dates of training
Titre du cours	Période visée
_____	_____
_____	_____

7. List all jurisdictions you are currently licensed in
Indiquez toutes les régions administratives dans lesquelles vous êtes autorisé à exercer en vertu d'une licence. _____

Your completed application and fees are due and payable on or before **March 31**. Please forward your application and fees to:
Votre demande ainsi que les droits à payer doivent nous parvenir au plus tard le **31 mars** à :

Consumer Services, 3 rd Floor Box 2703 Whitehorse, Yukon Y1A 2C6 <i>Services aux consommateurs, 3^e niveau C.P. 2703 Whitehorse (Yukon) Y1A 2C6</i>	OR	Consumer Services, 3 rd Floor 2130 Second Avenue Whitehorse, Yukon Y1A 5H6 <i>Services aux consommateurs, 3^e niveau 2130, 2^e Avenue Whitehorse (Yukon) Y1A 5H6</i>
	OU	

Please make your cheque payable to Government of Yukon, or,
Veuillez libeller votre chèque à l'ordre du gouvernement du Yukon ou fournir les informations demandées ci-dessous :

Visa _____	Expiry _____	Signature _____
Visa _____	Expiration <small>mm/yy</small> _____	Signature _____
	<small>mm/yy</small>	
Mastercard _____	Expiry _____	Signature _____
Mastercard _____	Expiration <small>mm/yy</small> _____	Signature _____
	<small>mm/yy</small>	

Please contact Consumer Services at 867-667-5111 or fax 867-667-3609 or e-mail consumer@gov.yk.ca for inquiries.
Si vous avez des questions, communiquez avec les Services aux consommateurs par téléphone au 867-667-5111, par télécopieur au 867-667-3609 ou par courriel à consumer@gov.yk.ca.

AGREEMENT OF APPLICANT • DÉCLARATION DU DEMANDEUR

The undersigned hereby certify that the foregoing information is true and correct to the best of my knowledge. I hereby undertake to notify the Government of Yukon in writing of any change.

Je, soussigné(e), certifie par les présentes que les renseignements fournis ci-dessus sont fidèles et exacts. Il est entendu que j'aviserai par écrit le gouvernement du Yukon de tout changement, s'il y a lieu.

Dated at _____, this _____ day of _____, 20 ____.
Fait à _____, ce _____ jour de/d' _____, 20 ____.

Signature of Applicant
Signature du demandeur _____

¹ Dans le présent document, les expressions désignant des personnes visent à la fois les hommes et les femmes.

Personal information contained on this form is collected under the Dental Profession Act and will be used for the purpose of administering the Act. For further information, contact the Manager of Consumer Services at (867) 667-5111, toll free within Yukon 1-800-661-0408, ext. 5111.

Les renseignements personnels demandés dans le présent formulaire sont recueillis en vertu de la Loi sur la profession dentaire et serviront exclusivement à l'administration de la Loi. Pour de plus amples renseignements à ce sujet, communiquez avec le directeur des Services aux consommateurs au 867-667-5111 ou, sans frais au Yukon, au 1-800-661-0408, poste 5111.