



Government
Gouvernement

DENTAL THERAPIST RENEWAL FORM
DENTAL PROFESSION ACT
DEMANDE DE RENOUELEMENT D'UNE LICENCE DE THERAPEUTE DENTAIRE
LOI SUR LA PROFESSION DENTAIRE

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

Resident: Non-Resident:
Résident : Non-résident :

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

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

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:
Formation additionnelle suivie durant la dernière année visée par la licence :

Course Titre du cours	Dates of training Période visée
_____	_____

Your completed application and fees are due and payable on or before **March 31**. Please forward your application and fees to:
Les demandes accompagnées des droits doivent parvenir au plus tard le **31 mars** pour que la licence soit renouvelée aux :

Consumer Services, C-5 or Consumer Services, C-5
Box 2703 2130 Second Avenue
Whitehorse, Yukon Y1A 2C6 Whitehorse, Yukon Y1A 5H6

Services aux consommateurs, C-5 ou Services aux consommateurs, C-5
C.P. 2703 2130, 2^e Avenue
Whitehorse (Yukon) Y1A 2C6 Whitehorse (Yukon) Y1A 5H6

Please make your cheque payable to Government of Yukon, or,
Veuillez libeller votre chèque à l'ordre du « Gouvernement du Yukon » ou fournir les renseignements demandés ci-dessous :

Visa _____	Expiry Expiration _____ mm/yy mm/aa	Signature _____
Mastercard _____	Expiry Expiration _____ mm/yy mm/aa	Signature _____

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 statements are 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 certifie par les présentes que les renseignements fournis ci-dessus sont à ma connaissance véridiques et exacts. Il est entendu que si des changements doivent être apportés, j'aviserai le gouvernement du Yukon par écrit sans tarder.

Dated at _____, this _____ day of _____, 20 _____.
Fait à _____, ce _____ jour de _____, 20 _____.

Signature of Applicant • Signature du demandeur

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 les présentes sont recueillis en vertu de la Loi sur la profession dentaire et serviront exclusivement à l'administration de la Loi. On peut obtenir de plus amples renseignements à ce sujet en communiquant avec le responsable des Services aux consommateurs au 867-667-5111 ou, sans frais au Yukon, au 1-800-661-0408, poste 5111.