

1. Name of applicant:  
*Nom du demandeur :* \_\_\_\_\_  
Print name in full • *Nom au long en lettres détachées*
2. Maiden name (if applicable):  
*Nom de jeune fille (s'il y a lieu) :* \_\_\_\_\_
3. Date of birth \_\_\_\_\_ Location \_\_\_\_\_  
*Date de naissance* \_\_\_\_\_ *Lieu de naissance* \_\_\_\_\_
4. Business name  
*Nom commercial :* \_\_\_\_\_
5. Office Address  
*Adresse professionnelle :* \_\_\_\_\_  
City • *Ville* \_\_\_\_\_  
Province/Territory • *Province/Territoire* \_\_\_\_\_ Postal code • *Code postal* \_\_\_\_\_ Business telephone number • *Numéro de téléphone au bureau* \_\_\_\_\_
6. Mailing Address  
*Adresse postale :* \_\_\_\_\_  
City • *Ville* \_\_\_\_\_  
Province/Territory • *Province/Territoire* \_\_\_\_\_ Postal code • *Code postal* \_\_\_\_\_ Business telephone number • *Numéro de téléphone au bureau* \_\_\_\_\_
7. I expect to practice in \_\_\_\_\_ starting on \_\_\_\_\_  
*Je compte exercer à* \_\_\_\_\_ *(Name of Pharmacy • Nom de la pharmacie)* *à partir du* \_\_\_\_\_
8. (a) Are you presently licensed to practise in another jurisdiction?  Yes/Oui  
*Êtes-vous actuellement titulaire d'une licence vous autorisant à exercer dans une autre région administrative?*  No/Non  
(b) If yes, where?  
*Dans l'affirmative, indiquez la région administrative.* \_\_\_\_\_
9. Give addresses of all locations and dates in which you have practised as a pharmacist for the three years preceding this date:  
*Indiquez les endroits où vous avez exercé à titre de pharmacien au cours des trois années précédant la demande ainsi que les périodes visées:*  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
10. (a) Have you ever been the subject of an inquiry?  Yes/Oui  No/Non  
*Avez-vous déjà fait l'objet d'une enquête?*  
(b) If yes, state facts  
*Dans l'affirmative, expliquez.* \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
11. (a) Have you ever been convicted or indicted for any crime?  Yes/Oui  No/Non  
*Avez-vous déjà été inculpé ou accusé d'un crime ?*  
(b) If yes, state facts  
*Dans l'affirmative, expliquez.*  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Personal information contained on this form is collected under the *Pharmacists Act* and will be used for the purpose of administering the *Act*. For further information, contact the Director of Professional Licensing and Regulatory Affairs 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 le mariage 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 Accréditation professionnelle et affaires réglementaires au 867-667-5111 ou, sans frais au yukon, au 1-800-661-0408, poste 5111.*

12. Provide a true chronological summary of your educational history giving names of institutions attended, dates of attendance and degrees or diplomas received:

*Indiquez par ordre chronologique vos antécédents scolaires, en précisant le nom de l'établissement, les périodes visées et les diplômes reçus.*

Institution: <i>Établissement :</i>	Location: <i>Lieu :</i>	Date of entering: <i>Début des études :</i>	Date of leaving: <i>Fin des études :</i>	Degree obtained: <i>Diplôme reçu :</i>

I, \_\_\_\_\_,  
Print name in full

*Je soussigné,* \_\_\_\_\_,  
*Nom au long en lettres détachées*

hereby make application for registration and licensure with Yukon in accordance with the *Pharmacists Act*.

*demande par les présentes qu'on inregistre mon nom au registre et m'accorde une licence m'autorisant à exercer au Yukon conformément à la Loi sur les pharmaciens.*

Signature of Applicant • *Signature du demandeur*

In support of my application, I enclose:

1. Completed application form.
2. Required registration and licensing fees.
3. Certified copy of degree from a recognized school of pharmacy.
4. Certified copy of certificate of qualification from the Pharmacist Examining Board of Canada, (if Certificate was obtained by applicant)
5. Certified copy of licence from the jurisdictions I am currently licensed in.
6. A letter of standing from the province in which I have most recently practised.
7. A certified copy of the document(s) which legally entitle me to reside and work in Canada.

*À l'appui de ma demande, je vous fais parvenir les documents suivants :*

1. *Formulaire de demande dûment rempli*
2. *Droits d'inscription et de licence*
3. *Copies certifiées conformes des diplômes délivrés par une école/faculté de pharmacie reconnue au Canada*
4. *Copie certifiée conforme du certificat d'aptitude du Bureau des examinateurs en pharmacie du Canada (le cas échéant)*
5. *Copie certifiée conforme des licences délivrées par les autorités responsables dans les régions administratives où je suis actuellement autorisé à exercer*
6. *Lettre attestant que je suis en règle dans la région administrative où j'étais en exercice tout récemment*
7. *Copie certifiée conforme de tous les documents m'autorisant à résider et à travailler au Canada*

Fees  
*Droits requis*

Registration \$200.00  
*Inscription 200 \$*

Annual License \$100.00  
*Licence annuelle 100 \$*

**Important Note:** Professional Licensing and Regulatory Affairs will **NOT** accept payment by email or fax.  
**Note importante :** *Accréditation professionnelle et affaires réglementaires N'ACCEPTERA PAS de paiement par courriel ou télécopier.*

Please make your cheque payable to Government of Yukon, or, complete payment information form YG5924 at: <http://www.gov.yk.ca/forms/cs.html#cs1>

*Veillez faire votre chèque à l'ordre du gouvernement du Yukon, ou fournir les renseignements demandés ci-dessous remplissez le formulaire d'informations de paiement YG5924 à: <http://www.gov.yk.ca/forms/cs.html#cs1>*

**Please return your documents and fees to:**

Mail: Professional Licensing and Regulatory Affairs, C-5  
Box 2703,  
Whitehorse, Yukon Y1A 2C6  
or  
Courier or Dropoff: Professional Licensing and Regulatory Affairs, C-5  
307 Black Street,  
Whitehorse, Yukon Y1A 2N1

**Veillez faire parvenir votre dossier accompagné des droits réglementaires à :**

*Courrier :*  
*Accréditation professionnelle et affaires réglementaires, C-5*  
*C.P. 2703*  
*Whitehorse (Yukon) Y1A 2C6*  
*Courrier ou déposer :*  
*Accréditation professionnelle et affaires réglementaires, C-5*  
*307, rue Black, Whitehorse (Yukon) Y1A 2N1*

Please contact Professional Licensing and Regulatory Affairs at 867-667-5111 or fax 867-667-3609 or e-mail PLRA@gov.yk.ca for inquiries.

*Si vous avez des questions, veuillez communiquer avec les Accréditation professionnelle et affaires réglementaires : par téléphone, au 867-667-5111; par télécopieur, au 867-667-3609; par courriel, à PLRA@gov.yk.ca*

**STATUTORY DECLARATION • DÉCLARATION SOLENNELLE**

In the matter of my application for registration and licensure

*Au sujet de ma demande d'inscription au registre et de l'obtention d'une licence m'autorisant à exercer*

with Yukon, I \_\_\_\_\_  
Print name in full

au Yukon, je \_\_\_\_\_  
*Nom au long en lettres détachées*

of \_\_\_\_\_ in the province/  
City

de \_\_\_\_\_ province/  
City

territory of \_\_\_\_\_

territoire : \_\_\_\_\_

**DO SOLEMNLY DECLARE:**

**DÉCLARE SOLENNELLEMENT QUE:**

1. that I am the person referred to in the documents submitted in support of my application, and that these documents present a true and accurate account of my qualifications; and
2. that I authorize the licensing authorities and persons named herein to give such information to Yukon licensing body as they require.

1. *je suis bien la personne nommée dans les documents présentés à l'appui de ma demande et que ces documents reflètent de façon exacte la formation que j'ai reçue; et*
2. *j'autorise les autorités chargées de la délivrance des licences et les personnes nommées dans les présentes à fournir aux autorités chargées de la délivrance des licences au Yukon les renseignements qu'elles demandent.*

Declared before me at \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_  
*Déclaré devant moi à \_\_\_\_\_ au/en \_\_\_\_\_*

this \_\_\_\_\_ day of \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_  
ce \_\_\_\_\_ jour de \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Signature of Notary Public • *Signature du notaire public*

\_\_\_\_\_  
Signature of Applicant • *Signature du demandeur*

\_\_\_\_\_  
Notary Public • PLEASE PRINT  
*Nom du notaire public (EN LETTRES DÉTACHÉES)*

\_\_\_\_\_  
Applicant • PLEASE PRINT  
*Nom du demandeur (EN LETTRES DÉTACHÉES)*