

1. Name of applicant: _____
Print name in full

2. Maiden name (if applicable): _____

3. Date of birth: _____
dd/mm/yyyy

Location: _____

Gender: F M

4. E-mail address: _____

5. Home Address: _____

City

Province/Territory Postal code

Home Telephone number

6. I expect to practise in: _____
Clinic name
 starting on: _____

7. I will practise as a locum Yes No

8. Clinic Address: _____
City

Province/Territory Postal code

Clinic Telephone number Mail to Clinic

9. Place of Graduation: _____

10. Year of Graduation: _____

11. Year you completed the CCEB exams: _____

12.(a) Are you presently licensed to practise in another jurisdiction? Yes No

(b) If yes, where? _____

(c) Limitations, restrictions and/or conditions on this licence:
 No Yes * If yes, please specify below

13. Provide the dates and clinic names where you have practised as a chiropractor for the two years preceding this date if applicable):

1. Nom du demandeur¹ : _____
Nom au complet en lettres détachées

2. Nom de jeune fille (s'il y a lieu) : _____

3. Date de naissance : _____
 Endroit : _____

Sexe : F M

4. Courriel : _____

5. Adresse domiciliaire : _____

Ville

Province/Territoire Code postal

Téléphone (domicile)

6. Je prévois exercer à : _____
Nom de la clinique
 à compter du : _____

7. J'exercerai à titre de remplaçant Non Oui

8. Adresse de la clinique : _____
Ville

Province/Territoire Code postal

Téléphone au travail Envoyer le courrier à la clinique

9. Lieu d'obtention du diplôme : _____

10. Année d'obtention du diplôme : _____

11. Année où vous avez terminé les examens du CCEC : _____

12.(a) Êtes-vous présentement titulaire d'une licence délivrée dans une autre région administrative? Non Oui

(b) Si oui, laquelle? _____

(c) Y-a-t-il des restrictions ou des conditions imposées à votre licence? Non Oui * Si oui, veuillez fournir des précisions :

13. Indiquez tous les endroits (adresses et dates) où vous avez exercé votre profession au cours des 3 années précédant la présente demande :

Les renseignements personnels demandés dans les présentes sont recueillis en vertu de la Loi sur les chiropraticiens et serviront exclusivement à l'administration de la Loi. Pour de plus amples renseignements, veuillez communiquer avec la Direction de l'accréditation professionnelle et des affaires réglementaires au 867-667-5111 ou, sans frais au Yukon, au 1-800-661-0408, poste 5111.

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

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

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

Institution: Établissement :	Location: Lieu :	Date of entering: Début des études :	Date of Graduation: Fin des études :	Degree obtained: Diplôme reçu :

15 (a) Have you ever been the subject of an inquiry?

No Yes

(b) If yes, state facts _____

16.(a) Have you ever been convicted of or indicted for any crime? No Yes

(b) If yes, state facts _____

I, _____
Print name in full

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

Signature

15.(a) Avez-vous déjà fait l'objet d'une enquête?

Non Oui

(b) Si oui, veuillez exposer les faits _____

16.(a) Avez-vous déjà été accusé ou déclaré coupable d'un acte criminel ?

Non Oui

(b) Si oui, veuillez exposer les faits _____

Je, _____
Nom au complet en lettres détachées

par la présente, soumetts une demande d'inscription au registre et d'autorisation d'exercer au Yukon, en vertu de la Loi sur les chiropraticiens.

Signature

In support of my application, I enclose:

1. Completed application form.
2. Required registration and licensing fees.
3. • Certificate as a chiropractor issued by a regulatory authority in another Canadian jurisdiction that is party to the Agreement on Internal Trade; **and**
• A letter of standing from the authority that issued this licence; **OR**
• Certificate of qualification from the Canadian Chiropractic Examining Board obtained in the twelve months preceding this application; **and**
• A certified copy of a degree indicating graduation from a chiropractic program accredited by the Canadian Federation of Chiropractic Regulatory and Educational Accrediting Boards
4. Proof of Professional Liability Insurance, minimum of \$1,000,000.
5. A certified copy of the document(s) which legally entitles me to reside and work in Canada.
6. Passport photograph

Je joins les documents suivants à l'appui de ma demande :

1. Formulaire de demande dûment rempli
2. Droits d'inscription et de licence requis
3. • Certificat de chiropraticien délivré par un organisme de réglementation canadien d'une autre région administrative faisant partie des signataires de l'Accord sur le commerce intérieur **ainsi** qu'une lettre de ce dernier attestant que je suis en règle ; **OU**
• Certificat de compétence délivré par le Conseil canadien des examens chiropratiques obtenu au cours des 12 mois précédant la présente demande **ainsi** qu'une copie certifiée conforme du diplôme indiquant que je suis diplômé d'un programme de chiropratique agréé par la Fédération chiropratique canadienne des organismes de réglementation professionnelle et d'agrément des programmes d'enseignement
4. Preuve que je détiens une police d'assurance responsabilité professionnelle dont la couverture s'élève à au moins 1 000 000 \$.
5. Copie certifiée conforme des documents prouvant que je suis légalement autorisé à résider et à travailler au Canada.
6. Photo de passeport

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 ma profession

with Yukon, I _____
Print name in full

au Yukon, je _____
Nom au complet en lettres détachées

of _____
City

de _____
Ville

in the province/territory of _____

dans la province/le territoire de _____

DO SOLEMNLY DECLARE:

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 the Yukon licensing authority as required.

DÉCLARE SOLENNELLEMENT QUE :

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 l'émission des licences et les personnes nommées dans les présentes à fournir aux autorités chargées de l'émission des licences au Yukon les renseignements qu'elles demandent.*

Declared before me at
Déclaré devant moi à _____

in
au _____

this _____ day of _____, 20
ce _____ jour de/d' _____ 20 _____

Signature and Seal of Notary Public • *Signature et le sceau du notaire public*

Signature of Applicant • *Signature du demandeur*

Name of Notary Public • PLEASE PRINT
Nom du notaire public (EN LETTRES DÉTACHÉES)

Name of Applicant • PLEASE PRINT
Nom du demandeur (EN LETTRES DÉTACHÉES)

FEES ENCLOSED • PAIEMENT CI-JOINT

- Registration (\$100) • *Inscription au registre (100 \$)* Annual licence fee (\$50) • *Licence annuelle (50 \$)*

Important note Professional Licensing and Regulatory Affairs will **NOT** accept payment that has been faxed or emailed.

Remarque importante : La Direction de l'accréditation professionnelle et des affaires réglementaires N'ACCEPTERA PAS de paiement par courriel ou par télécopieur.

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 libeller votre chèque à l'ordre du gouvernement du Yukon, ou remplir le formulaire de paiement par carte de crédit YG5924, au : <http://www.gov.yk.ca/forms/cs.html#cs1>

Please return your documents and fees to:

Mail: _____
Professional Licensing and Regulatory Affairs, C-5
P.O. Box 2703,
Whitehorse, YT Y1A 2C6

Courier or Dropoff: _____
Professional Licensing and Regulatory Affairs C-5
307 Black Street
Whitehorse, YT Y1A 2N1

Veillez faire parvenir votre dossier accompagné des droits réglementaires à :

Par la poste : _____
Accréditation professionnelle et affaires réglementaires, C-5
C.P. 2703
Whitehorse (Yukon) Y1A 2C6

Par messagerie ou en personne : _____
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 Accréditation professionnelle et affaires réglementaires : par téléphone, au 867-667-5111; par télécopieur, au 867-667-3609; par courriel, à PLRA@gov.yk.ca.