

1. Name of applicant:
Nom du demandeur⁽¹⁾ : _____
Print name in full • Nom complet en lettre 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 de l'entreprise _____

5. Office Address
Adresse professionnelle _____
City • Ville

- Province/Territory • Province/territoire _____ Postal code • Code postal _____ Business telephone number • Téléphone au travail _____

6. Mailing Address
Adresse postale _____
City • Ville

- Province/Territory • Province/territoire _____ Postal code • Code postal _____ Business telephone number • Téléphone au travail _____

7. I expect to practice in _____ starting on _____
Je compte exercer à _____ *à partir du* _____

8. Clinic name and address
Nom et adresse du cabinet _____

9. (a) Are you presently licensed to practise in another jurisdiction?
Êtes-vous présentement titulaire d'une licence vous autorisant à exercer dans une autre région administrative? _____
- (b) If yes, where?
Dans l'affirmative, indiquez la région administrative. _____

10. Provide the dates and locations where you have practised as a dentist for the three years preceding this date:
Indiquez les endroits où vous avez exercé la profession de dentiste au cours des trois années précédant la demande, ainsi que les périodes visées.

11. 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 de formation, 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>

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 contenus dans le présent formulaire sont recueillis en vertu de la Loi sur la profession dentaire et seront utilisés à des fins d'administration de la Loi. Pour plus de renseignements, communiquez avec le responsable des Services aux consommateurs au 867-667-5111 ou, sans frais au Yukon, au 1-800-661-0408, poste 5111.

12. (a) Have you ever been the subject of an inquiry?
Avez-vous déjà fait l'objet d'une enquête? _____
- (b) If yes, state facts:
Dans l'affirmative, expliquez : _____
-
13. (a) Have you ever been convicted or indicted for any crime?
Avez-vous déjà été déclaré coupable ou accusé d'un crime? _____
- (b) If yes, state facts:
Dans l'affirmative, expliquez : _____
-

I, _____,
 Print name in full

Je soussigné, _____,
 Nom complet en lettres détachées

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

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

In support of my application, I enclose:

- Completed application form.
- The required registration and licensing fees
- Certified copy of degree from a recognized school of dentistry in Canada, or
- Certified copy of certificate of qualification from the National Dental Examining Board of Canada, (if Certificate was obtained by applicant).
- Certified copy of licence from the jurisdictions I am currently licensed in.
- A letter of good standing from the jurisdiction in which I have practiced in the last two years immediately preceding this application.
- A certified copy of the document(s) which legally entitles me to reside and work in Canada.

À ces fins, je vous fais parvenir les documents suivants :

- Formulaire de demande dûment rempli;*
- Droits d'inscription et de licence;*
- Copie certifiée conforme d'un diplôme délivré par une école/faculté de dentisterie reconnue au Canada*
- Copie certifiée conforme du certificat d'aptitude du Bureau national d'examen dentaire du Canada (le cas échéant)*
- Copie certifiée conforme des licences délivrées par les autorités responsables dans les régions administratives où je suis actuellement autorisé à exercer;*
- Lettre attestant que je suis en règle dans la dernière région administrative où j'ai exercé ma profession;*
- Copie certifiée conforme de tous les documents m'autorisant à résider et à travailler au Canada.*

Please return your documents and fees to:

Consumer Services, C-5
 P.O. Box 2703,
 Whitehorse, YT Y1A 2C6

OR

Consumer Services
 2130 Second Avenue
 Whitehorse, YT Y1A 5H6

Veillez faire parvenir votre dossier accompagné des droits requis à :

*Services aux consommateurs, C-5
 C.P. 2703
 Whitehorse (Yukon) Y1A 2C6*

OU

*Services aux consommateurs
 2130, 2^e Avenue
 Whitehorse (Yukon) Y1A 5H6*

Please make your cheque payable to Government of Yukon, or,

Veillez libeller votre chèque à l'ordre du gouvernement du Yukon ou, pour payer par carte de crédit, fournir les renseignements suivants :

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

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

Signature _____
 Signature _____
 Signature _____
 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.

FEES ENCLOSED • DROITS REQUIS

Resident • *Résident*

Registration \$400 • *Inscription au registre 400 \$*

Annual licence fee \$200 • *Licence annuelle 200 \$*

Non-resident • *Non-résident*

Registration \$50 • *Inscription au registre 50 \$*

Annual licence fee \$50 • *Licence annuelle 50 \$*

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 complet en lettres détachées

of _____ in the province/
City

de _____ au/en province
Ville

territory of _____

ou 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;*
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;*

and I make this solemn declaration conscientiously believing it to be true.

et je fais cette déclaration solennelle convaincu en toute conscience qu'elle est véridique.

Declared before me at _____ in _____
Déclaré devant moi à _____ au/en _____
City • Ville Province/Territory • Province/territoire

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

Notary Public • *Notaire public*

Applicant • *Demandeur*



Government
Gouvernement

CONSENT TO RELEASE OF INFORMATION CONSENTEMENT À LA DIVULGATION DE RENSEIGNEMENTS

CONSUMER & SAFETY SERVICES
PHONE: 867-667-5111
FAX: 867-667-3609
DIRECTION DES SERVICES AUX CONSOMMATEURS
ET DE LA SÉCURITÉ
TÉLÉPHONE : 867-667-5111
COURRIEL : 867-667-3609

NDEB REQUIRES YOUR AUTHORIZATION PRIOR TO RELEASING
CONFIRMATION OF THE FOLLOWING INFORMATION.
THEREFORE WE ASK YOU TO COMPLETE THIS PAGE AND
RETURN IT WITH YOUR APPLICATION PACKAGE.
*Le BNEDC exige le consentement de la personne visée avant de
divulguer les renseignements suivants. Veuillez donc remplir le
document ci-dessous et le joindre à votre dossier de demande.*

Date:
Date : _____

National Dental Examining Board of Canada
#203 - 100 Bronson Avenue
Ottawa, ON K1R 6G8
*Bureau national d'examen dentaire du Canada
100, avenue Bronson, bureau 203
Ottawa (ON) K1R 6G8*

BY FAX: (613) 236-8386
PAR TÉLEC. : 613-236-8386

Dear Sir/Madam:
Monsieur/Madam :

Applicant's Name:
Nom du demandeur : _____

Date and Institute granting DEGREE:
Date d'obtention du diplôme et nom de l'établissement l'ayant délivré _____

Date and Number of NDEB:
Numéro d'accréditation du BNEDC et date d'accréditation _____

Please confirm that the above-mentioned has successfully completed all requirements for the National Dental Examining Board Certificate of Qualification. Please return by fax to 867-667-3609, as there is an urgency to your response.

Veuillez confirmer que la personne nommée ci-dessus a satisfait les exigences relatives à l'obtention du certificat de compétence du Bureau national d'examen dentaire du Canada. Veuillez ensuite retourner ce formulaire par courriel au 867-667-3609 le plus tôt possible.

Thank you for your assistance.

Merci à l'avance de votre collaboration.

Yours truly,

Signature of Applicant

Signature du demandeur

Confirmed by:
Confirmer par : _____
Signature/Title • *Signature/titre*
National Dental Examining Board of Canada
Bureau national d'Examen dentaire du Canada

Date • *Date*