

1. Name: Yukon Licence Number:  
Nom : \_\_\_\_\_ Licence du Yukon n° \_\_\_\_\_

2. Clinic name:  
Nom de la clinique: \_\_\_\_\_

2. Clinic address: \_\_\_\_\_ Mail to Clinic  
Adresse de la clinique: \_\_\_\_\_ Envoyer le courrier à la clinique

City • Ville

Province/Territory • Province/territoire

Postal code • Code postal

Clinic telephone number • Téléphone au travail

3. Home address:  
Adresse du domiciliaire : \_\_\_\_\_

City • Ville

Province/Territory • Province/territoire

Postal code • Code postal

Home telephone number • Téléphone (domicile)

4. Please attach documentation showing proof of completing 12 hours of continuing professional education within the year immediately preceding this renewal application; at least six of these hours must be in the treatment and management of ocular disease. If you have already submitted proof, it is not necessary to resubmit. Continuing professional education means courses, lectures, seminars, or other learning activities in a school of optometry accredited in North America or given by a provincial, state, or national optometry association. *Veillez joindre à votre demande les documents attestant que vous avez suivi 12 heures de formation professionnelle continue au cours de l'année précédant la présente demande de renouvellement, dont 6 portant sur le traitement et la prise en charge des maladies oculaires. Si ces documents nous ont déjà été transmis, il n'est pas nécessaire de les envoyer de nouveau. La formation professionnelle continue désigne les programmes d'auto-apprentissage, les conférences, les séminaires ou autres activités d'apprentissage en optométrie offerts par un établissement d'enseignement agréé en Amérique du Nord ou encore par une association professionnelle provinciale/d'État ou nationale.*

5. Are you presently licensed to practise in another jurisdiction?  
*Êtes-vous présentement titulaire d'une licence délivrée dans une autre région administrative?*  No/Non  Yes/Oui

If yes, where?  
*Si oui, laquelle?* \_\_\_\_\_

Limitations, restrictions or conditions on this licence:  
*Y a-t-il des restrictions ou des conditions imposées à votre licence :*  No/Non  Yes/Oui

If yes, please give specific details:  
*Si oui, veuillez fournir des précisions :* \_\_\_\_\_

6. Renewal of Therapeutic Pharmaceutical Agent designation: please provide a copy of current CPR certificate.  
*En cas de renouvellement d'une licence autorisant la prescription ou la fourniture d'agents pharmaco-thérapeutiques, veuillez fournir une copie d'attestation de compétence en RCR valide.*

7. Annual Practice Hours: please enter the total number of hours you practised during the last licensing year (in Yukon and elsewhere);  
*Nombre d'heures d'exercice annuel - veuillez indiquer le total des heures d'exercice que vous avez cumulées au cours de la dernière année visée par une licence (au Yukon et ailleurs) :*

\_\_\_\_\_ Hours • Heures

8. Annual Practice Hours in Yukon only: Please enter only the number of hours you practised in Yukon during the last licensing year:  
*Nombre d'heures d'exercice annuel au Yukon - veuillez indiquer seulement les heures d'exercice que vous avez cumulées au Yukon au cours la dernière année visée par une licence :*

\_\_\_\_\_ Hours • Heures

Personal information contained on this form is collected under the *Optometrists 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 les optométristes 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.*

9. Renewal as a RESIDENT  
*Renouvellement à titre de RÉSIDENT*

NON-RESIDENT  
*NON-RÉSIDENT*  
(practising in Yukon for 3 months or less in licensing year)  
(travaille au Yukon 3 mois ou moins durant l'année visée par la licence)

Resident \$200 • *Résident 200 \$*

Non-Resident \$50 • *Non-résident 50 \$*

Non-Residents must attach a letter of standing from the jurisdictions they are currently licensed in.  
*Les non-résidents doivent annexer une lettre attestant qu'ils sont en règle dans toute région administrative où ils exercent en vertu d'une licence.*

**Licence expires March 31, annually • *La licence échoit le 31 mars de chaque année***

## AGREEMENT OF APPLICANT • *DÉCLARATION DU DEMANDEUR*

I 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 certifie par la présente que les renseignements fournis ci-dessus sont à ma connaissance véridiques 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 \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_*  
City • Ville \_\_\_\_\_ Month • Mois \_\_\_\_\_

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

**Important Note:** Professional Licensing and Regulatory Affairs will **NOT** accept payment by email or fax.  
**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  
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 :**

*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](mailto: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](mailto:PLRA@gov.yk.ca).*