

1. Name of applicant:  
*Nom du demandeur :* \_\_\_\_\_  
Print name in full • *Nom au long en lettres moulées*

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 :* \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_ à partir du \_\_\_\_\_*  
(Name of Pharmacy • *Name of Pharmacy*)

8. (a) Are you presently licensed to practise in another jurisdiction?  
*Êtes-vous actuellement titulaire d'une licence vous autorisant à exercer dans une autre région administrative? \_\_\_\_\_*

(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?  
*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?  
*Avez-vous déjà été inculpé ou accusé d'un crime? \_\_\_\_\_*

(b) If yes, state facts  
*Dans l'affirmative, expliquez. \_\_\_\_\_*

\_\_\_\_\_

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 de formation, en précisant le nom de l'établissement, les périodes visées et les diplômes reçus.*

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

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

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

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

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

In support of my application, I enclose:

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

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 Pharmacy 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.
8. Passport photograph

1. *Formulaire de demande dûment rempli*
2. *Droits d'inscription et de licence*
3. *Copies certifiées conformes des diplômes émis 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 émises 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*
8. *Photo de passeport*

**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 la demande accompagnée des droits requis et des documents à l'appui à l'adresse suivante :***

*Services aux consommateurs, C-5  
C.P. 2703,  
Whitehorse (Yukon) Y1A 2C6  
OU  
Services aux consommateurs, C-5  
2130, Deuxième Avenue  
Whitehorse (Yukon) Y1A 5H6*

Passport type photo taken within the last six months.  
  
*Photo genre passeport prise dans les six derniers mois.*

Please make your cheque payable to Government of Yukon, or,  
*Veillez libeller votre chèque au nom du gouvernement du Yukon ou fournir les informations demandées ci-dessous :*

|                   |                                |                  |
|-------------------|--------------------------------|------------------|
| Visa _____        | Expiry _____                   | Signature _____  |
| <i>Visa</i>       | <i>Expiration</i>              | <i>Signature</i> |
|                   | <small>mm/yy<br/>mm/aa</small> |                  |
| Mastercard _____  | Expiry _____                   | Signature _____  |
| <i>Mastercard</i> | <i>Expiration</i>              | <i>Signature</i> |
|                   | <small>mm/yy<br/>mm/aa</small> |                  |

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                 | <input type="checkbox"/> Registration | \$200.00      | <input type="checkbox"/> Annual Licence | \$100.00      |
| <i>Droits requis</i> | <i>Inscription</i>                    | <i>200 \$</i> | <i>Licence annuelle</i>                 | <i>100 \$</i> |

**STATUTORY DECLARATION • DÉCLARATION SOLENNELLE**

In the matter of my application for registration and licensure

*Aux fins de ma demande d'inscription au registre et d'obtention d'une licence m'autorisant à exercer*

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

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

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

de/d' \_\_\_\_\_ dans la province/  
ville

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

le territoire de \_\_\_\_\_

**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 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

in

Déclaré devant moi à \_\_\_\_\_

au/en \_\_\_\_\_

this  
ce

day of  
jour de/d'

,20  
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 MOULÉES)*

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