

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 : _____
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 _____ à partir du _____
8. Clinic name and address
Nom et adresse de la clinique _____
9. (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. _____
10. Provide the dates and locations where you have practised as a chiropractor for the three years preceding this date:
Indiquez les endroits où vous avez exercé à titre de chiropraticien 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 *Chiropractors 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 demandés dans les présentes sont recueillis en vertu de la Loi sur les chiropraticiens et serviront exclusivement à l'administration de la Loi. On peut obtenir de plus amples renseignements à ce sujet en communiquant avec le directeur 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 of or indicted for any crime?
Avez-vous déjà été inculpé ou accusé d'un crime? _____
- (b) If yes, state facts
Dans l'affirmative, expliquez. _____
-

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 *Chiropractors 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 chiropraticiens.

In support of my application, I enclose:

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

1. Completed application form.
2. Certified copy of degree from a recognized school of chiropractic in Canada, or
3. Certified copy of certificate of qualification from the Canadian Chiropractic Examining Board.
4. Certified copy of licence from the jurisdictions I am currently licensed in.
5. A letter of good standing from the province in which I have most recently practised.
6. Proof of Professional Liability Insurance, minimum of \$1,000.00.
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. *Copies certifiées conformes des diplômes émis par une école de chiropratique reconnue au Canada*
3. *Copie certifiée conforme du certificat de compétences du Conseil des examens chiropratiques canadien*
4. *Copie certifiée conforme des licences émises par les autorités responsables dans les régions administratives où je suis actuellement autorisé à exercer*
5. *Lettre attestant que je suis en règle dans la région administrative où j'étais en exercice tout récemment*
6. *Preuve que je souscris à une assurance responsabilité professionnelle d'un montant minimal de 1 000 \$*
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: *Veillez faire parvenir la demande accompagnée des droits requis et des documents à l'appui à l'adresse suivante :*

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

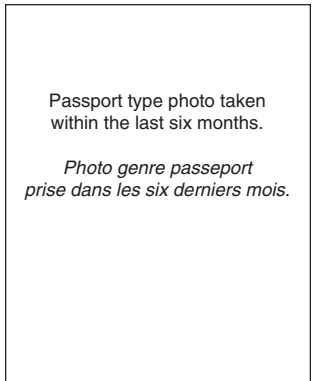
*Services aux consommateurs, C-5
 C.P. 2703,
 Whitehorse (Yukon) Y1A 2C6*

OR

OU

Consumer Services
 2130 Second Avenue
 Whitehorse, YT Y1A 5H6

*Services aux consommateurs, C-5
 2130, Deuxième Avenue
 Whitehorse (Yukon) Y1A 5H6*



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 _____
Visa _____ Expiration _____

Signature _____
Signature _____

Mastercard _____ Expiry _____
Mastercard _____ Expiration _____

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

Registration (\$100) • *Inscription au registre* 100\$

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

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:

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.

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 _____ in _____
Déclaré devant moi à _____ au/en _____

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