



Government
Gouvernement

DENTAL THERAPIST RENEWAL FORM
DENTAL PROFESSION ACT
DEMANDE DE RENOUELEMENT D'UNE LICENCE DE THERAPEUTE DENTAIRE
LOI SUR LA PROFESSION DENTAIRE

Renewal Fees: \$50.00 • Droits de renouvellement : 50 \$

- 1. Name:
Nom : _____
- 2. Resident: _____ Non-Resident:
Résident : _____ Non-résident : _____
- 3. Business address:
Adresse professionnelle : _____
- 4. Phone number:
Numéro de téléphone : _____
- 5. Employed by:
Employeur : _____
- 6. Additional training acquired during the past licensing year:
Formation additionnelle suivie durant la dernière année visée par la licence :

Course Titre du cours	Dates of training Période visée
_____	_____

Your completed application and fees are due and payable on or before **March 31**. Please forward your application and fees to:
Les demandes accompagnées des droits doivent parvenir au plus tard le **31 mars** pour que la licence soit renouvelée aux :

Consumer Services, C-5
Box 2703
Whitehorse, Yukon Y1A 2C6

or

Consumer Services, C-5
2130 Second Avenue
Whitehorse, Yukon Y1A 5H6

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

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

Visa _____	Expiry Expiration _____	Signature Signature _____
Mastercard _____	Expiry 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.

AGREEMENT OF APPLICANT • DÉCLARATION DU DEMANDEUR

The undersigned hereby certify that the foregoing statements are 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 les présentes que les informations fournies ci-dessus sont autant que je sache véridiques et exactes. Il est entendu que si des changements doivent être apportés, j'aviserai le gouvernement du Yukon par écrit sans tarder.

Dated at _____, this _____ day of _____, 20 ____.
Fait à _____, ce _____ jour de/d' _____, 20 ____.

Signature of Applicant • Signature du demandeur

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 demandés dans les présentes sont recueillis en vertu de la Loi sur la profession dentaire 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.