Yukon
Government
Gouvernement

DENTAL HYGIENIST RENEWAL FORM

DENTAL PROFESSION ACT

DEMANDE DE RENOUVELLEMENT D'UNE LICENCE D'HYGIÉNISTE DENTAIRE

LOI SUR LA PROFESSION DENTAIRE

Non Residents must attach a letter of good standing from all other jurisdictions they are currently licensed in.
Les non-résidents[1] *doivent annexer une lettre attestant qu'ils sont en règle dans la région administrative où ils exercent en vertu d'une licence.*

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

1. Name:
Nom : _____

2. Resident: *Résident :* _____ Non-Resident: *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:
Cours de perfectionnement suivi durant la dernière année visée par la licence :

Course ***Titre du cours*** _____ **Dates of training** ***Période visée*** _____

_____ _____

7. List all jurisdictions you are currently licensed in
Indiquez toutes les régions administratives dans lesquelles vous êtes autorisé à exercer en vertu d'une licence. _____

_____

Your completed application and fees are due and payable on or before **March 31**. Please forward your application and fees to:
Votre demande ainsi que les droits à payer doivent nous parvenir au plus tard le ***31 mars*** *à :*

Consumer Services, 3rd Floor
Box 2703
Whitehorse, Yukon Y1A 2C6

Services aux consommateurs, 3e niveau
C.P. 2703
Whitehorse (Yukon) Y1A 2C6

OR

OU

Consumer Services, 3rd Floor
2130 Second Avenue
Whitehorse, Yukon Y1A 5H6

Services aux consommateurs, 3e niveau
2130, 2e Avenue
Whitehorse (Yukon) Y1A 5H6

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

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

Mastercard / *Mastercard* _____ Expiry / *Expiration* _____ mm/yy / *mm/aa* 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 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(e), certifie par les présentes que les renseignements fournis ci-dessus sont fidèles 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/d'* _____ *20* __.

Signature of Applicant
Signature du demandeur _____

[1] Dans le présent document, les expressions désignant des personnes visent à la fois les hommes et les femmes.

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 le présent formulaire sont recueillis en vertu de la Loi sur la profession dentaire *et serviront exclusivement à l'administration de la* Loi. *Pour de plus amples renseignements à ce sujet, communiquez avec le directeur des Services aux consommateurs au 867-667-5111 ou, sans frais auYukon, au 1-800-661-0408, poste 5111.*

Print Form Clear Form