



Registrar, Professional Licensing

Government of the Northwest Territories
Department of Health and Social Services
7th Floor, 5015 – 49 ST
Box 1320 Yellowknife, NT X1A 2L9
Phone: (867) 767-9067 Fax: (867) 873-0484
Email: Professional_Licensing@gov.nt.ca

REQUIREMENTS FOR DENTAL REGISTRATION LICENCE

1. Complete application form, photograph attached.
2. Certified true copy of dental degree (certified by Notary Public or Commissioner for Oaths); OR a transcript of records, mailed directly to the Registrar from the Dental School. Translated if not in English.
3. Photocopy of National Dental Examining Board of Canada Certificate (NDEB). **Note:** Applicants who do not have NDEB are eligible for licensing in the NWT providing they hold full, unrestricted licence in a province or Territory; or provide evidence they are eligible to hold full, unrestricted licence in a province or Territory.
4. If applying as a specialist, provide evidence of having successfully completed a specialty training program accredited by the Commission on Dental Accreditation of Canada in that specialty. If applicable, enclose copy of certification by Royal College of Dentists of Canada.
5. Certificate of standing from any jurisdiction applicant is/was licenced. Must be sent directly to the Registrar in the NWT from the licensing authority.
6. Current and detailed curriculum vitae/resume.
7. Three current letters of professional reference from individuals who have knowledge of applicant's work. At least two must be dentists. These references must be sent directly to the Registrar from the referee.
8. Photocopy of birth certificate or citizenship documentation (if Canadian citizen), or valid immigration or work permit (if not a Canadian citizen).
9. Cheque, money order or credit card authorization payable to Government of the N.W.T., for:
 - registration & annual Licence - \$323.00 (\$108.00 registration plus \$215.00 due annually) licence expires March 31st following date of issue, renewable upon payment of fee;OR
 - temporary permit - \$108.00, valid for 3 months from date of issue (may be extended for one further three-month period upon application and \$108)

**Failure to ensure all documents are forwarded to the Registrar's Office as stipulated above will delay and possibly prevent licensing. Allow two weeks from when Registrar receives required documentation to when licensure can be expected. Applicants must be licenced BEFORE working in the NWT.

Registraire de la réglementation professionnelle

Gouvernement des Territoires du Nord-Ouest
Ministère de la Santé et des Services sociaux
5015, 49^e Rue, 7^e étage
C. P. 1320, Yellowknife NT X1A 2L9
Téléphone : 867-767-9067 Télécopieur : 867-873-0484
Courriel : Professional_Licensing@gov.nt.ca

EXIGENCES RELATIVES AU PERMIS D'EXERCER À TITRE DE DENTISTE

1. Formulaire de demande dûment rempli, accompagné d'une photo.
2. Copie certifiée conforme du diplôme en médecine dentaire (certifiée par un notaire ou par un commissaire aux serments) OU relevé de notes (l'école de médecine dentaire doit faire parvenir ce document par la poste directement au registraire). Les documents doivent être traduits s'ils ne sont pas en anglais.
3. Photocopie du certificat du Bureau national d'examen dentaire du Canada (BNED). **Remarque :** Les demandeurs ne disposant pas d'un certificat du BNED peuvent toutefois s'inscrire aux TNO s'ils détiennent un permis d'exercice en règle et sans restriction ailleurs au Canada, ou s'ils peuvent justifier qu'ils y sont admissibles.
4. S'il s'agit d'une demande de permis de spécialiste, veuillez fournir des justificatifs indiquant que vous avez suivi et réussi une formation agréée par la Commission de l'agrément dentaire pour la spécialité en question. S'il y a lieu, joignez une copie de la certification du Collège royal des chirurgiens dentistes du Canada.
5. Certificat de compétence de tout organisme auprès duquel le demandeur a eu un permis. L'organisme de délivrance de permis doit envoyer le certificat de compétence directement au registraire.
6. Curriculum vitae détaillé et à jour.
7. Trois lettres de recommandation professionnelle de la part de personnes connaissant le demandeur sur le plan professionnel, dont au moins deux dentistes. Les auteurs de ces lettres doivent envoyer leur recommandation directement au registraire.
8. Photocopie du certificat de naissance ou de la preuve de citoyenneté (si le demandeur est citoyen canadien) ou du document d'immigration ou permis de travail valide (si le demandeur n'est pas citoyen canadien).
9. Chèque, mandat ou formulaire d'autorisation de carte de crédit, à l'ordre du gouvernement des Territoires du Nord-Ouest pour :
 - Inscription et permis annuel : 323 \$ (108 \$ pour l'inscription initiale et 215 \$ de permis annuel) – le permis est valide jusqu'au 31 mars suivant la date de délivrance, et renouvelable moyennant paiement. OU
 - Permis temporaire : 108 \$, valable pour 3 mois à compter de la date de délivrance (ce type de permis peut être prolongé pour 3 autres mois, moyennant paiement de 108 \$).

**La délivrance du permis pourra être retardée ou refusée si le demandeur n'envoie pas tous les documents précisés ci-dessus au Bureau du registraire. Veuillez prévoir un délai de deux semaines complètes entre la réception des documents par le registraire et la délivrance du permis. Les demandeurs doivent OBLIGATOIREMENT détenir un permis avant de pouvoir exercer aux TNO.



APPLICATION TO PRACTICE DENTISTRY / DEMANDE D'INSCRIPTION À TITRE DE DENTISTE

<p>Provide a recent passport-type photograph of yourself (taken within the last six months) Application considered incomplete without photograph. / Veuillez fournir une photo récente de vous au format passeport (prise au cours des six derniers mois). Votre demande sera considérée comme incomplète sans la photo</p>	Last Name / Nom		First Name / Prénom		Middle Name / Second prénom									
	Apt # / N° d'appartement		Street or postal box number / Rue ou case postale											
	City, Town, Village / Collectivité, municipalité, ville		Province/State / Province ou état		Postal Code / Code postal									
	Telephone: / Téléphone :			Fax: / Télécopieur :										
	E-Mail (required): / Courriel (obligatoire) :													
<p>Note: Licence and renewal notices will be sent to mailing address unless advised otherwise / Remarque: Les permis et les avis de renouvellement seront envoyés à l'adresse postale, sauf indication contraire.</p>														
<p>Date of Birth: (dd/mm/yy) / Date de naissance : (jj/mm/aa) : _____ Canadian Citizen: / Citoyen canadien : <input type="checkbox"/> Yes (attach copy of birth certificate or proof of citizenship) / Oui (joignez une copie de votre certificat de naissance ou une preuve de citoyenneté) <input type="checkbox"/> No (attach copy of work auth. or immigration document / Non (joignez une copie du permis de travail ou du document d'immigration)</p>				<p>Language Fluency: / Langue(s) parlée(s) : <input type="checkbox"/> English / Anglais <input type="checkbox"/> French / Français <input type="checkbox"/> Other (specify): / Autre (veuillez préciser) :</p>										
<p>Location and Dates of Planned Practice in N.W.T.: / Lieu et dates d'exercice prévus aux TNO : _____ Location/Clinic(s) / Lieu ou clinique : _____ Anticipated Start Date: / Date de début prévue : _____ Note: Applicant must be fully licensed before beginning work / Remarque: Avant de commencer à travailler, le demandeur doit détenir un permis d'exercer aux TNO en règle. Type of Licence Requested: / Type de permis demandé : _____</p>														
<p>Dental Degree (attach certified copy of degree, translated if not in English) / Diplôme en médecine dentaire (joindre une copie certifiée conforme du diplôme, traduite si le diplôme n'est pas en anglais) ____/____/____ Date of Graduation / Date d'obtention _____ Name of School - Province/State/Country / Nom de l'établissement – Province, état et pays Qualifying Program (if applicable) / Programme d'admission (s'il y a lieu) ____/____/____ Date of Graduation / Date d'obtention _____ Name of School - Province/State/Country / Nom de l'établissement – Province, état et pays</p>														
<p>National Dental Examining Board Certification (NDEB) - attach photocopy / Certification du Bureau national d'examen dentaire du Canada (BNED) (joindre une photocopie) Date received: / Date de réception : ____/____/____ (dd/mm/yy) / (jj/mm/aa)</p>														
<p>Registration in Other Jurisdictions (include previous and current) / Autres Permis (actuels et antérieurs)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Province/Territory/Country / Province, territoire ou pays</th> <th>Licence Dates / Date de validité du permis</th> <th>Licence Number / Numéro du permis</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>						Province/Territory/Country / Province, territoire ou pays	Licence Dates / Date de validité du permis	Licence Number / Numéro du permis						
Province/Territory/Country / Province, territoire ou pays	Licence Dates / Date de validité du permis	Licence Number / Numéro du permis												
<p>References: Provide the names, address and phone number of 3 professionals with whom you have been associated in the last three years. At least two must be dentists. / Références: Veuillez fournir les coordonnées complètes de trois professionnels avec lesquels vous avez collaboré ces trois dernières années, dont au moins deux dentistes.</p>														
1) _____ _____ _____		2) _____ _____ _____		3) _____ _____ _____										

Personal Information (Check the appropriate box). / Renseignements personnels (cochez la case appropriée). If answer is yes to any of the following questions, provide full explanation/details on a separate sheet of paper. / Si vous répondez par l'affirmative à l'une des questions suivantes, veuillez fournir une explication détaillée sur une feuille séparée.	YES / OUI	NO / NON
1. Have you ever been refused a licence, permit or registration to practice dentistry in any jurisdiction? / Vous a-t-on déjà refusé un permis d'exercer ou une inscription à titre de dentiste dans une province, un état ou un pays?		
2. Have you ever had a licence, registration or right to practice in any jurisdiction revoked, suspended or restricted in any way? / Est-ce qu'une province, un état ou un pays a déjà révoqué, suspendu ou limité de quelque façon que ce soit votre permis d'exercer ou votre inscription à titre de dentiste?		
3. Are you presently the subject to an allegation, complaint or investigation for any reason whatsoever by any licensing authority? / Faites-vous actuellement l'objet d'une allégation, d'une plainte ou d'une enquête pour quelque raison que ce soit de la part d'un organisme de délivrance de permis d'exercer?		
4. Are you aware of any inquiry likely to be made by any authority, licensing or otherwise, with respect to your conduct, personal behavior or competence? / Avez-vous connaissance d'une enquête qui pourrait être menée par un organisme, de délivrance des permis ou autre, concernant votre conduite ou vos compétences?		
5. Have you ever been convicted of an indictable offence for which you have not been pardoned? If yes, specify, when, where and what charge. Attach particulars. / Avez-vous déjà été déclaré coupable d'un acte criminel pour lequel vous n'avez pas obtenu de pardon? Dans l'affirmative, veuillez donner des précisions sur le contexte, la date et l'inculpation, et joindre les justificatifs nécessaires.		
6. To your knowledge, do you currently have any contagious or infectious disease? / À votre connaissance, avez-vous contracté une maladie contagieuse ou infectieuse?		
7. Have you previously applied for, or have been issued, a licence or certificate of registration in the Northwest Territories? If yes, indicate year, if known? _____ Licence # (if known) _____ / Avez-vous déjà demandé ou obtenu un permis ou un certificat d'inscription aux Territoires du Nord-Ouest? Dans l'affirmative, quand? _____ N° de permis (si vous le connaissez) _____		
<p>Declaration / Déclaration</p> <p>I authorize the Dental Registration Committee to investigate and obtain from any person or persons, such information as may be required in relation to this application. I certify that the statements made by me in this application are true and complete. I am aware that misrepresentation or falsification may result in rejection of my application or withdrawal of registration. / J'autorise le comité d'inscription en médecine dentaire à faire enquête et à obtenir, auprès d'une ou de plusieurs personnes, les renseignements pouvant être nécessaires au traitement de cette demande. J'atteste que les déclarations que j'ai faites dans cette demande sont véridiques et complètes. Je reconnais que toute déclaration fausse ou trompeuse pourrait entraîner le rejet de ma demande ou l'annulation de mon inscription.</p> <p>Signature: _____ Date: _____</p>		
<p>When complete, forward with all required attachments, to: / Après avoir dûment rempli le formulaire, veuillez l'envoyer avec les documents demandés au :</p> <p>Registrar, Professional Licensing Government of the Northwest Territories Department of Health and Social Services 7th Floor, 5015 – 49 ST Box 1320 Yellowknife, NT X1A 2L9 Phone: (867) 767-9067 Fax: (867) 873-0484 Professional_Licensing@gov.nt.ca</p> <p>Registraire de la réglementation professionnelle Gouvernement des Territoires du Nord-Ouest Ministère de la Santé et des Services sociaux 5015, 49^e Rue, 7^e étage C. P. 1320, Yellowknife NT X1A 2L9 Téléphone : 867-767-9067 Télécopieur : 867-873-0484 Courriel : Professional_Licensing@gov.nt.ca</p>	<p>If paying your fees by credit card, complete the following: (See list of requirements for fees.) / Si vous souhaitez régler vos droits par carte de crédit, remplissez les champs suivants : (Voir la liste des exigences relatives aux droits.)</p> <p>Name on Card: / Nom figurant sur la carte de crédit : _____</p> <p>Card Number: / Numéro de la carte : _____</p> <p>Card Expiry Date: / Date d'expiration : _____</p> <p>Security Code: / Code de sécurité : _____</p> <p>Amount: / Montant : _____</p> <p>Authorized Signature: / Signature autorisée : _____</p>	
<p>This personal information is being collected under the authority of the <i>Dental Profession Act</i> of the NWT and will be used to process Application for Registration. The information is protected by the privacy provisions of the Access to Information and <i>Protection of Privacy Act</i> of the NWT. If you have any questions about the collection, contact the Registrar's Office at the above address. / Ces renseignements personnels sont recueillis en vertu de la <i>Loi sur les professions dentaires</i> des TNO et serviront au traitement de votre demande d'inscription. Les données recueillies sont protégées par les dispositions sur la vie privée de la <i>Loi sur l'accès à l'information et la protection des renseignements personnels</i> des TNO. Si vous avez des questions au sujet des renseignements recueillis, communiquez avec le bureau du registraire au numéro précité.</p>		



**REFERENCE FORM FOR DENTISTS APPLYING FOR DENTAL LICENSURE IN THE NWT
FORMULAIRE DE RECOMMANDATION POUR LES DENTISTES PRÉSENTANT UNE DEMANDE DE PERMIS D'EXERCER
UNE PROFESSION DENTAIRE AUX TERRITOIRES AUX TNO**

INSTRUCTIONS FOR REFEREE: Your personal knowledge of this applicant is important in judging suitability for licensure. Any problems or concerns that you identify below should be explained. Please use the space below or a separate sheet of paper if required.
DIRECTIVES POUR L'AUTEUR DE LA RECOMMANDATION : Vos connaissances personnelles sur ce demandeur sont importantes pour nous permettre de juger de son aptitude à exercer. Vous devez expliquer tout problème ou toute préoccupation dont vous faites état ci-dessous. Au besoin, veuillez utiliser l'espace ci-dessous ou une feuille séparée.

NAME OF APPLICANT (PLEASE PRINT): / NOM DU DEMANDEUR (EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE) :	TELEPHONE OR FAX #: / N ^{OS} DE TÉLÉPHONE OU DE TÉLÉCOPIEUR :
---	--

I authorize the referee to disclose to the Dental Registration Committee of the Northwest Territories, information relevant to licensure that would otherwise be confidential and I waive any right of disclosure of the same and agree that communication between the Registrar and the referee shall be privileged. / J'autorise l'auteur de la recommandation à divulguer au comité d'inscription en médecine dentaire des Territoires du Nord-Ouest les renseignements pertinents à l'autorisation d'exercer qui seraient sinon confidentiels. Je renonce à tout droit de regard sur ces renseignements et j'accepte que la communication entre le registraire et l'auteur de la recommandation soit privilégiée

SIGNATURE OF APPLICANT: / SIGNATURE DU DEMANDEUR :	DATE:
--	-------

1. Indicate dates where, and in what capacity, you observed the applicant working as a dentist. Must be within the last three years: / Indiquez quand et comment vous avez connu le demandeur alors qu'il exerçait à titre de dentiste. Ces rencontres doivent avoir eu lieu au cours des trois dernières années.

	YES / OUI	NO / NON
2. Are you aware of any problems regarding the applicant's physical or mental health or of any alcohol or drug problems? / Avez-vous connaissance de problèmes de santé physique ou mentale du demandeur, ou de problèmes liés à la consommation d'alcool ou de drogue?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Are you aware of any complaints regarding the applicant from either patients or other dentists? / Avez-vous connaissance de plaintes portées contre le demandeur par des patients ou d'autres dentistes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Do you know of any ethical problems the applicant has which relate to dental practice? / Savez-vous si le demandeur connaît des problèmes d'ordre éthique dans ses pratiques médicales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Are you aware of any aspects of the applicant's personality that may cause difficulties in professional interpersonal relationships with patients or other dentists? / Avez-vous connaissance d'aspects de la personnalité du demandeur qui pourraient entraîner des difficultés dans ses relations professionnelles avec les patients ou d'autres dentistes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Is there any reason why you would not consider the applicant to have adequate knowledge, skills, and judgement required to provide for speciality or general practice. / Y a-t-il une raison pour laquelle vous considéreriez que le demandeur ne possède pas les connaissances, les compétences et le discernement adéquats pour offrir des services généraux ou spécialisés?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Have you any additional information with respect to the applicant's professional or ethical conduct which may affect their application for registration? / Disposez-vous de renseignements supplémentaires au sujet de la conduite professionnelle ou éthique du demandeur qui pourraient influencer sa demande d'inscription?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

NAME OF REFEREE: / NOM DE L'AUTEUR DE LA DEMANDE :	SIGNATURE OF REFEREE: / SIGNATURE DE L'AUTEUR DE LA DEMANDE :	DATE:
ADDRESS: / ADRESSE :		TELEPHONE OR FAX #: / N ^{OS} DE TÉLÉPHONE OU DE TÉLÉCOPIEUR :

YOU MAY FAX THIS FORM TO (867) 873-0484 OR EMAIL TO Professional_Licensing@gov.nt.ca; HOWEVER, ORIGINAL **MUST** BE MAILED BY THE REFEREE TO THE FOLLOWING ADDRESS:
Registrar, Professional Licensing
Department of Health and Social Services
Government of the Northwest Territories
Box 1320 Yellowknife, NT X1A 2L9

VOUS POUVEZ ENVOYER CE FORMULAIRE PAR TÉLÉCOPIEUR AU 867-873-0484 OU COURRIEL Professional_Licensing@gov.nt.ca. TOUTEFOIS, L'AUTEUR DE LA RECOMMANDATION **DOIT** L'ENVOYER PAR COURRIER À :
Registraire de la réglementation professionnelle
Ministère de la Santé et des Services sociaux
Gouvernement des Territoires du Nord-Ouest
C. P. 1320, Yellowknife NT X1A 2L9