



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

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

REQUIREMENTS FOR DENTAL THERAPIST REGISTRATION/LICENCE

1. Completed, signed application form, with photograph attached.
2. Copy of diploma from National School of Dental Therapy in Prince Albert. **Note:** Applicants who graduated more than three years before date of application must provide proof of being active in the practice of dental therapy in the past three years.
3. Certificate of good standing from any jurisdiction applicant is currently or previously registered. This certificate must be sent from the licensing authority directly to the Office of the Registrar at the above address.
4. Current and detailed resume outlining work experience.
5. Three current letters of professional reference from individuals who can speak of applicant's work, mailed directly to the Registrar from the referees.
6. Photocopy of birth certificate or citizenship documentation (if Canadian citizen) or valid immigration or work permit (if not a Canadian citizen).
7. Dates and proposed location of practice in the Northwest Territories.
8. Cheque, money order or credit card authorization, payable to Government of the NWT:

Registration	\$ 54.00
License	\$108.00
Total:	\$162.00

Note: All licences expire March 31st following the date of issue, renewable upon payment of licence fee.

****Failure to ensure all documents are forwarded to the Registrar's Office as stipulated above will delay and possibly prevent licensing.**

**Allow six weeks from when Registrar receives required documentation to when licence can be expected to be issued.

**It is up to the applicant to ensure they are licensed BEFORE they work in the NWT.

EXIGENCES RELATIVES AU PERMIS D'EXERCER À TITRE DE THÉRAPEUTE DENTAIRE

1. Formulaire de demande dûment rempli, accompagné d'une photo.
2. Copie du diplôme de l'École nationale de dentothérapie à Prince Albert. **Remarque :** Les demandeurs ayant obtenu leur diplôme plus de trois ans avant de demander un permis d'exercer doivent fournir des justificatifs démontrant leur activité à titre de thérapeute dentaire pendant les trois dernières années.
3. Certificats de compétence de chaque organisme auquel le demandeur est ou a été inscrit. Les organismes de délivrance doivent envoyer directement ces documents au bureau du registraire à l'adresse indiquée plus haut.
4. Curriculum vitæ détaillé et à jour exposant vos expériences professionnelles.
5. Trois lettres de recommandation professionnelle de la part de personnes connaissant le demandeur sur le plan professionnel. Les auteurs de ces lettres doivent envoyer leur recommandation directement au registraire.
6. 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).
7. Dates et lieu d'exercice prévus aux Territoires du Nord-Ouest.
8. Chèque, mandat ou formulaire d'autorisation de carte de crédit, à l'ordre du gouvernement des Territoires du Nord-Ouest pour le montant suivant :

Inscription	54,00 \$
Permis	108,00 \$
Total:	162,00 \$

Remarque : Les permis expirent au 31 mars suivant la date de délivrance et sont renouvelables moyennant paiement des droits de renouvellement du permis.

****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 six semaines complètes entre la réception des documents par le registraire et la délivrance du permis.

**Le demandeur est tenu d'obtenir un permis d'exercer AVANT de commencer à travailler aux TNO.



APPLICATION FOR DENTAL THERAPIST REGISTRATION/LICENCE / DEMANDE D'INSCRIPTION À TITRE DE THÉRAPEUTE DENTAIRE

<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/Zip Code / Code postal	
	Telephone: / Téléphone :			Fax: / Télécopieur :		
	E-Mail (mandatory): / Courriel (obligatoire) :					
<p>Note: Licence and renewal notices will be sent to above address unless otherwise advised. Advise Registrar immediately of any change of address. / Remarque : Votre permis et les avis de renouvellement seront envoyés à cette adresse, sauf indication contraire. Informez immédiatement le registraire de tout changement d'adresse.</p>						
Date of Birth: (dd/mm/yy) / Date de naissance : (jj-mm-aa) : _____ Citizenship: / Citoyenneté :				Language Fluency: / Langue(s) parlée(s) : <input type="checkbox"/> English / Anglais <input type="checkbox"/> French / Français <input type="checkbox"/> Other (specify): / Autre (veuillez préciser) :		
Location and Dates of Planned Practice: / Lieu et dates d'exercice prévus aux TNO : Location/Health Board / Lieu/Conseil de santé :						
Dentist under whose direction & control you will be working: / Dentiste sous la supervision duquel vous travaillerez : _____						
Anticipated Start Date: / Date de début prévue : _____						
<p>Note: Applicant must be fully licensed before beginning work. Dental Therapists may NOT work in private practice or private dental clinics in the N.W.T. / Remarque : Avant de commencer à travailler, le demandeur doit détenir un permis d'exercer aux TNO en règle. Les thérapeutes dentaires ne doivent PAS travailler pour des cabinets ou des cliniques dentaires privés aux TNO.</p>						
Dental Therapy Education: / Diplôme en thérapie dentaire : ____ / ____ / ____ Date of Graduation (dd/mm/yy) / Date d'obtention (jj-mm-aa)						
Attach copy of diploma from National School of Dental Therapy in Prince Albert, Saskatchewan. / Veuillez joindre une copie du diplôme de l'École nationale de dentothérapie de Prince Albert, en Saskatchewan.						
REGISTRATION IN OTHER JURISDICTIONS (include previous and current): / Autres Permis (actuels et antérieurs):						
Province/Territory/Country / Province, territoire ou pays		Licence Dates / Date de validité du permis		Licence Number / Numéro du permis		
<p>References: List the name and address of three (3) references. The NWT requires references from professionals who can speak of the applicants work. These should be mailed directly to the Registrar's office. / Références : Veuillez fournir le nom et l'adresse de trois références morales. Les TNO exigent des recommandations de la part de professionnels qui connaissent le travail du demandeur. Ces recommandations professionnelles doivent être directement envoyées au bureau du registraire.</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 dental therapy in any jurisdiction? / Vous a-t-on déjà refusé un permis, une autorisation ou un agrément pour exercer à titre de thérapeute dentaire dans une province, un état ou un pays?		
2. Have you ever had a dental therapy 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, autorisation ou agrément de thérapeute dentaire?		
3. Have you ever been treated for any addictions such as alcohol abuse, drug abuse, gambling, etc.? / Avez-vous déjà suivi ou suivez-vous actuellement un traitement contre une dépendance, par exemple à l'alcool, aux drogues, au jeu, etc.?		
4. Are you presently or have you ever been subject to an allegation, complaint or investigation for any reason whatsoever by any licensing authority? / Avez-vous déjà fait 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?		
5. 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?		
6. Have you previously applied for, or have been issued, a licence or certificate of registration in the Northwest Territories. If yes, when? _____ 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 Registrar 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 registraire 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 you wish to pay your fees by Visa, complete the following: (See list of requirements for fees.) / Si vous souhaitez régler vos droits avec une carte Visa, remplissez ce qui suit : (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 : _____ \$162.00</p> <p>Authorized Signature: / Signature autorisée : _____</p>
<p>This personal information is being collected under the authority of the <i>Dental Auxiliaries Act</i> of the NWT and will be used to process Application for Registration. It is protected by the privacy provisions of the <i>Access to Information and Protection of Privacy Act</i> of the NWT. If you have any questions about the collection, contact the Registrar's Office. / Ces renseignements personnels sont recueillis en vertu de la <i>Loi sur les auxiliaires 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 DENTAL THERAPISTS FOR DENTAL THERAPY LICENCE IN THE NWT
FORMULAIRE DE RECOMMANDATION POUR LES THÉRAPEUTES DENTAIRES PRÉSENTANT
UNE DEMANDE DE PERMIS D'EXERCER 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 : Votre relation avec ce demandeur est importante 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 Registrar, Professional Licensing 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. This personal information is being collected under authority of the *Dental Auxiliaries Act*. It is protected by the privacy provisions of the *Access to Information and Protection of Privacy Act*. / J'autorise l'auteur de la recommandation à divulguer au registraire de la réglementation professionnelle 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. Ces renseignements confidentiels sont collectés en vertu de la *Loi sur les auxiliaires dentaires*. Ils sont protégés par les dispositions relatives à la confidentialité de la *Loi sur l'accès à l'information et la protection des renseignements personnels*.

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

1. Indicate dates where, and in what capacity, you worked with the applicant. Must be within the last three years. / Indiquez à quelles dates et comment vous avez connu le demandeur. 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 patients, dentists, or other dental therapists? / Avez-vous connaissance de plaintes portées contre le demandeur par des patients, des dentistes ou d'autres thérapeutes dentaires? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Do you know of any ethical problems the applicant has which relate to dental therapy practice? / Savez-vous si le demandeur a des problèmes d'ordre éthique par rapport à sa pratique? | <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? / Avez-vous connaissance d'aspects de la personnalité du demandeur qui pourraient causer des difficultés dans ses relations professionnelles ou interpersonnelles? | <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 dental therapy services / Y a-t-il une raison pour laquelle vous considèreriez que le demandeur ne possède pas les connaissances, les compétences et le jugement adéquats pour offrir des services de thérapie dentaire? | <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? | | |

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