



**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<sup>e</sup> Rue, 7<sup>e</sup> étage  
C. P. 1320, Yellowknife NT X1A 2L9  
Téléphone : 867-767-9067 Télécopieur : 867-873-0484  
Courriel : Professional\_Licensing@gov.nt.ca

**REQUIREMENTS FOR LICENSED PRACTICAL NURSE REGISTRATION/LICENCE /  
EXIGENCES RELATIVES AU PERMIS D'EXERCER À TITRE D'INFIRMIER AUXILIAIRE AUTORISÉ**

1. **Application for LPN Registration** – complete and attach photograph. / **Formulaire de demande d'inscription et de permis d'exercice à titre d'infirmier auxiliaire autorisé** dûment rempli et accompagné d'une photo.
2. **Verification of Registration** – complete top portion of Verification of Registration form and send to every licensing body where you have been licensed. Make additional copies if required. / **Vérification de l'inscription** : remplir la partie supérieure du formulaire de vérification de l'inscription avant de l'envoyer à tous les organismes de réglementation professionnelle dont vous avez été membre. Faites des photocopies du formulaire au besoin.
3. **Verification of Experience and Reference Report** – complete top portion and forward to each of your employers for the previous five years. / **Rapport de vérification de l'expérience et des recommandations** : remplir la partie supérieure du formulaire et le transmettre à vos différents employeurs des cinq dernières années.
4. **Diploma** – attach photocopy. / **Diplôme** : joindre une photocopie.
5. **Birth Certificate or citizenship documentation** – if you are a Canadian citizen - provide a photocopy. If you are not a Canadian citizen and you hold a Valid Immigration or Work Permit – provide a photocopy. / **Certificat de naissance ou preuve de citoyenneté** si vous êtes de nationalité canadienne (joindre une photocopie). Si vous n'êtes pas de nationalité canadienne, mais que vous possédez un document d'immigration ou un permis de travail valide, joignez une photocopie de ce document.
6. **Canadian Practical Nurse Registration Exam (CPNRE)** – photocopy of proof of successful completion of the CPNRE. / **Examen d'autorisation d'infirmière auxiliaire au Canada (EAIAC)** : fournir une photocopie de vos résultats prouvant que vous avez réussi l'examen.

**Note:** Applicants who do not have CPNRE are eligible for licensing in the NWT provided they hold a full, unrestricted licence in a province or territory of Canada. /

**Remarque :** Les demandeurs n'ayant pas obtenu l'EAIAC peuvent toutefois s'inscrire aux TNO s'ils détiennent un permis d'exercice en règle et sans restriction ailleurs au Canada

7. **Licence Fee of \$54** – cheque, money order or credit card authorization payable to the Government of the NWT. / **Frais d'inscription de 54 \$** : par chèque, mandat ou autorisation de carte Visa, à l'ordre du gouvernement des TNO.

**Note:** All licences expire December 31st following date of issue. Renewal notices are mailed in October of each year. It is the applicant's responsibility to ensure that the Registrar is kept advised of any change of mailing address. / **Remarque :** Les permis d'exercice expirent au 31 décembre de l'année de la date d'émission. Des avis de renouvellement sont envoyés chaque année par voie postale au mois d'octobre. Le demandeur est tenu de prévenir le registraire en cas de changement d'adresse.

**Note:** Applicants are advised that no one can practice as or call her/himself a Licensed Practical Nurse in the NWT unless s/he holds a current licence issued by the Registrar's Office. / **Remarque :** Les demandeurs sont prévenus qu'ils n'ont pas le droit d'exercer à titre d'infirmier auxiliaire autorisé ou de porter ce titre aux TNO s'ils ne détiennent pas un permis d'exercice en règle émis par le bureau du registraire de la réglementation professionnelle.



## APPLICATION FOR LICENSED PRACTICAL NURSE REGISTRATION/LICENCE / DEMANDE D'INSCRIPTION ET DE PERMIS À TITRE D'INFIRMIER AUXILIAIRE AUTORISÉ

<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><b>Note:</b> Licence and renewal notice will be sent to this address unless otherwise advised. Advise Registrar immediately of any change of address. / <b>Remarque:</b> votre permis et toute autre correspondance seront envoyés à cette adresse, sauf indication contraire. Veuillez prévenir le registraire immédiatement en cas de changement d'adresse.</p>						
Date of Birth: (mm/dd/yy) / Date de naissance : (mm-jj-aa) : _____			Language Fluency: / Langue(s) parlée(s) :			
Gender: / Sexe : Female / Femme <input type="checkbox"/> Male / Homme <input type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> English / Anglais <input type="checkbox"/> French / Français			
Canadian Citizen: / Citoyen canadien :			<input type="checkbox"/> Other (specify): / Autre (veuillez préciser) :			
<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)						
Location and Dates of Planned Employment in the NWT: / Lieu et dates d'exercice prévus aux TNO :						
Hospital/Clinic/Facility / Hôpital, clinique ou autre : _____						
Name/Number of Contact / Nom et tél. de la personne-ressource : _____						
Anticipated Start Date: / Date de début prévue : _____						
<b>Note:</b> Applicant must be fully licensed before beginning work. / <b>Remarque:</b> avant de commencer à travailler, le demandeur doit détenir un permis d'exercer aux TNO en règle.						
Nursing Education (attach copy of diploma) / Diplôme d'infirmier (joindre une copie du diplôme)						
School / Établissement						
_____ (Name of School / Nursing Program) – City / Province / (Nom de l'établissement ou du programme/Ville et province)				_____ Completion Date / Date d'obtention		
Re-Entry Program Completed (if applicable) / Programme de réintégration terminé (le cas échéant)						
_____ (Name of School / Nursing Program) – City / Province / (Nom de l'établissement ou du programme/Ville et province)				_____ Completion Date / Date d'obtention		
Canadian Practical Nurse Registration Exam or CNATS Exam Year: / Année de passage de l'examen d'autorisation d'infirmière auxiliaire au Canada (EAIAC) ou de l'examen des services des examens de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada : _____ Pass / Réussi <input type="checkbox"/> Fail / Échoué <input type="checkbox"/>						
<b>Registration in other jurisdictions / Autres permis :</b>						
	Province/Territory/Country Province, territoire ou pays	Licence Dates From: To: Date de validité du permis	Registration / Licence Number Numéro du permis			
Initial: / Premier permis :						
Current: / Permis en cours :						
Other: / Autre :						
Experience following graduation – List all employers for previous 5 years. Total number of hours worked in immediately preceding five (5) years must be provided. Employer is required to complete Verification of Experience and Reference Report provided. / Expérience après obtention du diplôme – Dressez la liste de vos employeurs ces cinq dernières années et indiquez le nombre d'heures travaillées pendant cette période. Chaque employeur est tenu de remplir le rapport de vérification de l'expérience et des recommandations.						
Name/address of Employer(s) / Nom et adresse de l'employeur		Your position / Poste occupé	Date (mm/yy) / Date (mm-aa) From / Du To / Au	Number of Hours Worked / Nombre d'heures travaillées		
1. _____						
2. _____						

<b>Personal Information (Check the appropriate box). / Renseignements personnels (cochez la case appropriée).</b> 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.	<b>YES / OUI</b>	<b>NO / NON</b>
1. Have you ever been refused a licence, permit or registration in any jurisdiction? / Vous a-t-on déjà refusé un permis d'exercer ou une inscription dans une province, un état ou un pays?		
2. Have you ever had a practical nurse 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 d'infirmier auxiliaire autorisé?		
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. Have you ever been convicted of a criminal offense or an offense under the <i>Controlled Drugs and Substances Act</i> (Canada) or the <i>Food and Drug Act</i> (Canada) or similar laws within any other country? / Avez-vous déjà été condamné pour une infraction criminelle ou un délit en vertu de la <i>Loi réglementant certaines drogues et autres substances</i> ou de la <i>Loi sur les aliments et drogues du Canada</i> ou d'autres lois similaires dans un autre pays?		
5. Are you presently the subject of 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?		
6. 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?		
7. Are you affected by a physical or mental condition/illness that may affect your ability to practice nursing? / Souffrez-vous d'un problème ou d'une maladie d'ordre physique ou mental qui pourrait limiter vos capacités à exercer le métier d'infirmier?		
8. Have you previously applied for, or been issued, a licence or certificate of registration in the Northwest Territories. / Avez-vous déjà demandé ou obtenu un permis ou un certificat d'inscription aux Territoires du Nord-Ouest? If yes, when? / Dans l'affirmative, quand? _____ Licence # (if known) / N° de permis (si vous le connaissez) _____		
<b>Declaration / Déclaration</b> <b>I authorize</b> I authorize the Registrar to investigate and obtain, from any person or persons, such information as may be required in relation to this application. <b>I certify</b> that the statements made by me in this application are true and complete. <b>I am aware</b> that misrepresentation or falsification may result in rejection of my application or withdrawal of registration. / <b>J'autorise</b> 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. <b>J'atteste</b> que les déclarations que j'ai faites dans cette demande sont véridiques et complètes. <b>Je reconnais</b> que toute déclaration fausse ou trompeuse pourrait entraîner le rejet de ma demande ou l'annulation de mon inscription.  Signature : _____ Date : _____		
When complete, forward with all required attachments, to: / Après avoir dûment rempli le formulaire, veuillez l'envoyer avec les documents demandés au :  <b>Registrar, Professional Licensing</b> 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  <b>Registraire de la réglementation professionnelle</b> Gouvernement des Territoires du Nord-Ouest Ministère de la Santé et des Services sociaux 5015, 49e Rue, 7 <sup>e</sup> étage C. P. 1320, Yellowknife NT X1A 2L9 Téléphone : 867-767-9067 Télécopieur : 867-873-0484 Courriel : Professional_Licensing@gov.nt.ca	If you wish to pay your fees by credit card, complete the following: / Si vous souhaitez régler vos droits par carte de crédit, remplissez les champs suivants : (See list of requirements for fees.) / (Voir la liste des exigences relatives aux droits.)  Name on Card: / Nom figurant sur la carte de crédit : _____  Card Number: / Numéro de la carte : _____  Card Expiry Date: / Date d'expiration : _____  Security Code: / Code de sécurité : _____  Amount: / Montant : _____ <b>\$54.00</b>  Authorized Signature: / Signature autorisée : _____	
This personal information is being collected under the authority of the <i>Licensed Practical Nurses Act</i> of the NWT and will be used to process your 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 infirmières et les infirmiers auxiliaires</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.		



## VERIFICATION OF REGISTRATION / VÉRIFICATION DE L'INSCRIPTION

**Applicant:** Complete top portion and send to each jurisdiction where you have held registration.

**Partie réservée au demandeur :** Remplissez la partie supérieure du formulaire et envoyez-le à chaque organisme auquel vous avez été inscrit.

I / Je soussigné(e), _____		
Surname / Nom	Given Names / Prénoms	Former Name, if applicable / Anciens noms, s'il y a lieu
Born on / Né(e) le _____ (mm/dd/yyyy) / (mm-jj-aaaa)		
Graduated from / et diplômé(e) de _____		
School of Nursing / Nom de l'établissement		
In / À _____ on / en _____		
City / Ville	Province	Month, Year / Mois, Année
I was registered in your jurisdiction on / J'ai été inscrit(e) à votre organisme en _____		
_____ under number / sous le numéro _____		
Month, Year / Mois, Année		(If Known) / (si vous le connaissez)
Present address: / Adresse actuelle : _____		
Signature :		Date :
<p><b>To be completed by Association or Board wherein the above named was registered.</b> Complete and send directly to NWT Registrar at the address above. It may be faxed, but ensure original is mailed promptly. / <b>Partie réservée à l'association ou au conseil auprès duquel le demandeur a été inscrit :</b> Remplissez la partie ci-dessous et renvoyez le formulaire directement au registraire des TNO à l'adresse ci-haut. Vous pouvez envoyer ce formulaire par télécopieur, mais il faut également envoyer l'original par la poste le plus tôt possible.</p>		
Acting on behalf of / Agissant au nom de ou du _____, jurisdiction, I hereby certify that the above named completed an approved program in: / j'atteste par la présente que le demandeur a suivi un programme approuvé en :		
<input type="checkbox"/> practical nursing / Soins infirmiers auxiliaires <input type="checkbox"/> diploma nursing / Soins infirmiers <input type="checkbox"/> other (specify) / Autre (précisez) _____		
and was granted registration number / et a été inscrit sous le numéro _____ on / en _____		
(Month, Year / Mois, Année)		
Registration was achieved by: / L'inscription a été approuvée sur la base :		
<input type="checkbox"/> provincial exam, CNATS or CPNRE / d'un examen provincial (Examen d'autorisation d'infirmière auxiliaire au Canada ou Examen des services des examens de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada) <input type="checkbox"/> reciprocity with (specify jurisdiction) / d'une entente de reciprocité avec (donnez le nom de l'autorité) _____ <input type="checkbox"/> other (specify) / Autre (précisez) _____		
Registration is / L'inscription est <input type="checkbox"/> is not / n'est pas <input type="checkbox"/> currently active / actuellement valide.		
Will expire / Elle expire <input type="checkbox"/> or did expire / ou a expiré le <input type="checkbox"/> _____ (date).		
Registration has / L'inscription a <input type="checkbox"/> or has not / ou n'a pas <input type="checkbox"/> been revoked or suspended other than for non-payment of fees? If it has, please state reason and attach details / été révoquée ou suspendue pour une autre raison que le défaut de paiement des frais. Dans l'affirmative, veuillez en préciser la raison et joindre toute documentation pertinente.		
Is the above named currently under investigation? / Le demandeur fait-il actuellement l'objet d'une enquête? Yes / Oui <input type="checkbox"/> No / Non <input type="checkbox"/> If yes, attach details. / Dans l'affirmative, veuillez développer.		
Authorized Signature / Signature autorisée		(seal) / (sceau)
Date		
Telephone Number / Numéro de téléphone		



## VERIFICATION OF EXPERIENCE/REFERENCE REPORT RAPPORT DE VÉRIFICATION DE L'EXPÉRIENCE ET DES RECOMMANDATIONS

**Applicant:** Complete top portion and send to two most recent employers. Only one reference is needed if you have had only one employer in the last five years.  
**Partie réservée au demandeur :** Remplissez la partie supérieure du formulaire et envoyez une copie à vos deux employeurs les plus récents. Une seule recommandation suffira si vous n'avez eu qu'un employeur au cours des cinq dernières années.

Name: / Nom : _____		
Surname / Nom	Given Names / Prénoms	Former Name, if applicable / Anciens noms, s'il y a lieu
Employer: / Employeur : _____		Dates of employment: / Période d'emploi : _____
Address: / Adresse : _____ _____		
Position: / Poste : _____		
I authorize you to complete and forward this verification DIRECTLY to the Registrar. Je vous autorise par la présente à remplir ce formulaire et à l'envoyer directement au registraire.		
Present address: / Adresse actuelle : _____		
Signature : _____		Date : _____
<p><b>Employer:</b> This information is confidential. It should be completed by the Supervisor / Employer. Send directly to NWT Registrar at the address above. It may be faxed, but <b>ensure original is mailed promptly.</b> / <b>Partie réservée à l'employeur :</b> Les renseignements donnés sont confidentiels. Ce formulaire devrait être rempli par l'employeur ou un superviseur. Veuillez renvoyer ce document directement au registraire des TNO, aux coordonnées indiquées ci-haut. Vous pouvez envoyer ce formulaire par télécopieur, mais <b>il faut également envoyer l'original par la poste le plus tôt possible.</b></p>		
Employed from: / Employé de : _____ to / à _____ (date) (date)	Hours Worked / Nbre d'heures travaillées _____ Yr. / en (AAAA) _____	Hours Worked / Nbre d'heures travaillées _____ Yr. / en (AAAA) _____
Employment Status: / Statut de l'employé :	Hours Worked / Nbre d'heures travaillées _____ Yr. / en (AAAA) _____	Hours Worked / Nbre d'heures travaillées _____ Yr. / en (AAAA) _____
<input type="checkbox"/> Full-Time / Temps plein	Hours Worked / Nbre d'heures travaillées _____ Yr. / en (AAAA) _____	Hours Worked / Nbre d'heures travaillées _____ Yr. / en (AAAA) _____
<input type="checkbox"/> Part-Time / Temps partiel	Hours Worked / Nbre d'heures travaillées _____ Yr. / en (AAAA) _____	Hours Worked / Nbre d'heures travaillées _____ Yr. / en (AAAA) _____
<input type="checkbox"/> Casual / Occasionnel	Hours Worked / Nbre d'heures travaillées _____ Yr. / en (AAAA) _____	Hours Worked / Nbre d'heures travaillées _____ Yr. / en (AAAA) _____
Professional Competency: / Compétences professionnelles :	Satisfactory / Satisfaisantes	Unsatisfactory / Insuffisantes
Nursing ability/skills / Compétences en soins infirmiers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Responsibility/accountability / Sens des responsabilités, transparence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ethical conduct / Éthique de travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patient/interpersonal skills / Compétences relationnelles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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? No / Non <input type="checkbox"/> Yes / Oui <input type="checkbox"/> If yes, provide explanation / Si oui, expliquez : _____		
Are you aware of any complaints regarding the applicant from either patients or co-workers? Avez-vous connaissance d'une plainte déposée par un patient ou un collègue de travail à l'endroit du demandeur? No / Non <input type="checkbox"/> Yes / Oui <input type="checkbox"/> If yes, provide explanation / Si oui, expliquez : _____		
Have you any additional information with respect to applicant's professional or ethical conduct that may affect their application for registration? Avez-vous connaissance de tout renseignement de nature professionnelle ou éthique lié au demandeur qui pourrait remettre en question la demande d'inscription? No / Non <input type="checkbox"/> Yes / Oui <input type="checkbox"/> If yes, provide explanation / Si oui, expliquez : _____		
Authorized Signature / Signature autorisée		Print Name in Full / Nom complet (caractères d'imprimerie)
Title / Titre	Date	Telephone Number / Numéro de téléphone