



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 PHARMACIST LICENCE /
EXIGENCES RELATIVES AU PERMIS D'EXERCER À TITRE DE PHARMACIEN**

1. Completed application form, with photograph attached. / Formulaire de demande rempli, accompagné d'une photo.
2. Specified location of work and date of commencement of practice (on application form). / Lieu de travail et date du début des activités indiquées (sur le formulaire de demande).
3. Copy of pharmacy degree diploma. If the degree is not in English or French provide a translation. / Copie du diplôme en pharmacie. Si le diplôme n'est pas en anglais ou en français, veuillez en fournir une traduction.
4. Copy of Pharmacy Examining Board of Canada (PEBC) certificate. NOTE: applicants may be exempted from having PEBC if, in the province in which the applicant is registered, he or she is not required to hold PEBC. / Copie du certificat du Bureau des examinateurs en pharmacie du Canada (BEPC). REMARQUE : Un demandeur peut être exempté de l'exigence de produire un certificat du BEPC si, dans la province où il est inscrit, il n'est pas tenu d'en détenir un.
5. Current detailed C.V. / Resume. / Curriculum vitæ détaillé et à jour.
6. Certificates of Standing from jurisdictions where the applicant is (and has been previously) licensed, sent directly from the licensing authority to the Registrar's office. Unrestricted licence in a Canadian province is required. / Certificats de compétence de provinces, d'états ou de pays où le demandeur est actuellement inscrit (et où il l'a été auparavant), envoyé directement par l'organisme octroyant des permis au bureau du registraire. Dans une province canadienne, un permis sans restriction est obligatoire.
7. Three professional references mailed directly to the Registrar from the Referees on the reference form provided. / Trois références professionnelles doivent remplir le formulaire de recommandation fourni et l'envoyer directement par courrier au registraire.
8. Photocopy of birth certificate or citizenship document (if Canadian citizen), or valid immigration or work permit (if not a Canadian citizen). / 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. Fees (payable to the Government of the N.W.T.): / Droits (payables à l'ordre du gouvernement des TNO) :
 - a) Registration and Licence Fee \$268.00 / Frais d'inscription et du permis 268 \$
Note: Licence valid to March 31st following date of issue, renewable upon payment of \$268 licence renewal fee. / **Remarque :** le permis est valide jusqu'au 31 mars suivant la date de délivrance; il est renouvelable sur paiement des frais de renouvellement de 268 \$.

OR / OU

 - b) Temporary Permit (valid to maximum of six (6) months) - \$161.00 / b) Permis temporaire (valide six mois maximum) 161 \$
Note: Available one-time only, not renewable, no notice prior to expiry.
Remarque : ce type de permis n'est délivré qu'une seule fois, n'est pas renouvelable et aucun avis n'est envoyé pour annoncer son expiration.

** Failure to forward documents as stated above will delay and possibly prevent licensing.
** La délivrance du permis pourra être retardée ou refusée si le demandeur n'envoie pas les documents précisés ci-dessus.

**Allow two full weeks from when Registrar receives documentation to when licensing can be expected.
** Veuillez prévoir un délai de deux semaines complètes entre la réception des documents par le registraire et la délivrance du permis.



APPLICATION FOR PHARMACIST REGISTRATION / DEMANDE D'INSCRIPTION À TITRE DE PHARMACIEN

<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 # / No 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 other correspondence will be sent to this address unless otherwise advised. / Remarque : votre permis et toute autre correspondance seront envoyés à cette adresse, sauf indication contraire.</p>			
<p>Date of Birth: (MM/DD/YYYY) / Date de naissance : (mm-jj-aaaa) : _____ 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 de 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: / Lieu et dates d'exercice prévus : Location/Clinic(s) / Lieu ou clinique : _____ Anticipated Start Date: / Date de début prévue : _____ Note: Applicant must be fully licensed as a pharmacist in the NWT before beginning work. / Remarque : avant de commencer à travailler, le demandeur doit détenir un permis d'exercer aux TNO en règle.</p>			
<p>Pharmacy Degree (attach copy of degree, translated if not in English or French) / Diplôme en pharmacie (joignez une copie du diplôme, traduit s'il n'est pas en anglais ou en français) _____/_____/_____ Date of Graduation / Date d'obtention du diplôme Name of School - Province/State/Country / Nom de l'école - Province, état ou pays</p> <p>Certificate of Qualification issued by Pharmacy Examining Board of Canada (PEBC). / Certificat d'aptitude délivré par le Bureau des examinateurs en pharmacie du Canada (BEPC).</p> <p>Date received: / Date d'obtention : ____/____/____ (attach photocopy) / (joignez une photocopie).</p> <p>OTHER REGISTRATION: (complete for Canadian and out-of-country registration). Unrestricted licence in a Canadian province is required. AUTRE PERMIS : (À remplir pour les permis délivrés ailleurs au Canada et à l'étranger.) Dans une province canadienne, un permis sans restriction est obligatoire.</p>			
Jurisdiction / Province, territoire ou pays	Licence Dates / Date de validité du permis	Licence Number / Numéro du permis	
<p>References: (Provide the names and address of three (3) character references, at least two (2) must be pharmacists. Supply these referees with a copy of the Reference Form.) / Références : (Veuillez fournir le nom et l'adresse de trois références morales, dont au moins deux doivent être des pharmaciens, et soumettez le formulaire de recommandation).</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 as a pharmacist in any jurisdiction? / 1. Vous a-t-on déjà refusé un permis d'exercer ou une inscription à titre de pharmacien dans une province, un état ou un pays?		
2. Have you ever had a pharmacy licence, registration or right to practice pharmacy in any jurisdiction revoked, suspended or restricted in any way? / 2. 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 pharmacien?		
3. Have you ever or are you currently being treated for any addictions such as alcohol abuse, drug abuse, gambling etc.? / 3. 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 the subject of an allegation, complaint or investigation for any reason whatsoever by any pharmacy licensing authority? / 4. 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 en pharmacie?		
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? / 5. 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) _____ / 6. 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) _____		

Declaration / Déclaration

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 fautive ou trompeuse pourrait entraîner le rejet de ma demande ou l'annulation de mon inscription.

Signature: _____ Date: _____

<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 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>Amount: / Montant : _____</p> <p>Authorized Signature: / Signature autorisée : _____</p>
---	--

This personal information is being collected under the authority of the *Pharmacy Act of the NWT* and will be used to process Application for Registration. Information collected is protected by the privacy provisions of the *Access to Information and Protection of Privacy Act* of the NWT. If you have any questions about the collection, contact the Registrar's Office at the above number. / Ces renseignements personnels sont recueillis en vertu de la *Loi sur la pharmacie* 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 *Loi sur l'accès à l'information et la protection des renseignements personnels* des TNO. Si vous avez des questions au sujet des renseignements recueillis, communiquez avec le bureau du registraire au numéro précité.



REFERENCE FORM FOR PHARMACISTS APPLYING FOR PHARMACY LICENSURE IN THE NORTHWEST TERRITORIES

Mail completed form directly to:

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

FORMULAIRE DE RECOMMANDATION POUR LES PHARMACIENS PRÉSENTANT UNE DEMANDE DE PERMIS D'EXERCER EN PHARMACIE AUX TERRITOIRES DU NORD-OUEST

Envoyez le formulaire dûment rempli par la poste au :

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

NAME OF APPLICANT (PLEASE PRINT): / NOM DU DEMANDEUR (EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE) :	
I authorize the referee to disclose to the Registrar, 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 registraire des Territoires du Nord-Ouest les renseignements pertinents au permis d'exercer qui seraient autrement confidentiels. Je renonce par ailleurs à tout droit de regard de ces renseignements et consens à ce que les communications entre le registraire et l'auteur de la recommandation restent confidentielles.	
SIGNATURE OF APPLICANT: / SIGNATURE DU DEMANDEUR :	DATE: / DATE :
NAME OF REFEREE (PLEASE PRINT): / NOM DE L'AUTEUR DE LA RECOMMANDATION (EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE) :	APPLICANT TELEPHONE/FACSIMILE #: / N ^{OS} DE TÉLÉPHONE ET DE TÉLÉCOPIEUR DU DEMANDEUR :

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.



1. Indicate dates where, and in what capacity, you have knowledge of 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 either patients or other pharmacists? / Avez-vous connaissance de plaintes portées contre le demandeur par des patients ou d'autres pharmaciens? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Do you know of any ethical problems the applicant has which relate to pharmacy practice? / Savez-vous si le demandeur connaît des problèmes d'ordre éthique dans ses pratiques pharmaceutiques? | <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 pharmacists? / 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 pharmaciens? | <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 pharmacy services? / 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 pharmaceutiques? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Have you any additional information with respect to the applicant's professional or ethical conduct that 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? | | |

SIGNATURE OF REFEREE: / SIGNATURE DE L'AUTEUR DE LA DEMANDE :	DATE: / DATE :
ADDRESS: / ADRESSE :	
TELEPHONE #: / N° DE TÉLÉPHONE :	FACSIMILE #: / N° DE TÉLÉCOPIEUR :

YOU MAY FAX THIS FORM TO (867) 873-0484 HOWEVER ORIGINAL MUST BE MAILED BY THE REFEREE TO THE ADDRESS SHOWN ABOVE. / VOUS POUVEZ ENVOYER CE FORMULAIRE PAR TÉLÉCOPIEUR AU 867-873-0484. TOUTEFOIS, L'AUTEUR DE LA RECOMMANDATION DOIT L'ENVOYER PAR COURRIER À L'ADRESSE CI-DESSUS.