



### 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 REINSTATING MEDICAL LICENCE

1. Completed application with photograph attached (incomplete applications will not be processed).
2. Specified location of work (please specify name of clinic or hospital) and planned start date.
3. Letters (Certificates) of Standing from all licensing authorities that applicant is/has been licensed **sent directly to Registrar from the licensing authority. Note:** The Registrar cannot provide anyone with copies. If applying for hospital/health board privileges, have a copy sent directly to them.
4. Up-to-date and detailed curriculum vitae/resume.
5. Three references, **from individuals who can comment on applicant's work, sent directly to the Registrar.** Reference forms are supplied with the application package. Referees must have worked with the applicant within the past three years. **Note:** The Registrar cannot provide anyone with copies. If applying for hospital/health board privileges, have separate references sent directly to them.
6. Cheque, money order, or credit card authorization payable to Government of the N.W.T., for one of:
  - **registration & annual licence:**  
\$323.00 (\$108.00 initial registration fee plus \$215.00 due annually) - licence expires March 31st following date of issue, renewable upon payment of fee; or
  - **registration and limited permit:**  
\$162.00 (\$108.00 initial registration fee plus \$54.00 for each subsequent permit) valid for 3 months from the date of issue (not renewable, may be applied for twice in a fiscal year); or
  - **research permit:**  
valid for 12 months maximum - \$100.00 (licence can be renewed upon application).

\*\* Failure to forward documents as stated above will delay and possibly prevent licensing

## EXIGENCES RELATIVES AU RÉTABLISSEMENT D'UN PERMIS D'EXERCER À TITRE DE MÉDECIN

1. Demande dûment remplie, accompagnée d'une photo (les demandes incomplètes ne seront pas traitées).
2. Adresses précises des lieux où le médecin exercera (veuillez préciser le nom de la clinique ou de l'hôpital) et date à laquelle il commencera à exercer.
3. Les certificats de compétence de toutes les autorités compétentes de l'endroit où le candidat exerce actuellement ou de l'endroit où il a déjà exercé. **L'autorité compétente doit envoyer les certificats de compétences directement au registraire. À noter :** Le registraire ne peut pas fournir de copies des certificats de compétence. Si vous faites une demande de droits hospitaliers ou de droits auprès d'un conseil de santé, l'autorité compétente doit envoyer une copie de votre demande directement à cet hôpital ou à ce conseil de santé.
4. Curriculum vitae détaillé et à jour.
5. Trois références **de personnes aptes à faire des commentaires sur le travail du candidat. Faites parvenir ces références directement au registraire.** La trousse de demande comprend les formulaires de recommandation. Les auteurs des recommandations doivent avoir travaillé avec le candidat au cours des trois dernières années. **À noter :** Le registraire ne peut pas fournir de copies des références. Si vous faites une demande de droits hospitaliers ou de droits auprès d'un conseil de santé, l'autorité compétente doit envoyer une copie de ces documents directement à l'hôpital ou au conseil de santé concerné.
6. Un chèque, un mandat ou une autorisation de carte de crédit à l'ordre du gouvernement des TNO 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.
  - **Inscription et permis limité :**  
162 \$ (108 \$ pour l'inscription initiale et 54 \$ pour chaque permis supplémentaire) – le permis est valide trois mois à compter de la date de délivrance (il est non renouvelable, mais vous pouvez en demander jusqu'à deux par exercice).

**\*\* GENERALLY, PLEASE ALLOW 6 WEEKS FOR PROCESSING OF APPLICATIONS**

Application Package requirements posted on the Professional Licensing website supersedes any prior application packages in circulation.

- **Permis de recherche :**  
100 \$ – permis valide pour 12 mois maximum (renouvelable sur demande).

**\*\* La délivrance du permis pourra être retardée ou refusée si le demandeur n'envoie pas les documents précisés ci-dessus.**

**\*\* VEUILLEZ PRÉVOIR UN DÉLAI DE SIX SEMAINES POUR LE TRAITEMENT DES DEMANDES**

Les exigences affichées sur le site du Bureau de la réglementation professionnelle annulent et remplacent toutes les indications antérieures encore en circulation.



## APPLICATION FOR MEDICAL PRACTICE / DEMANDE D'INSCRIPTION À TITRE DE MÉDECIN

<p>Provide a recent passport-type photograph of yourself (taken within the last six months) Application considered incomplete without photograph. / Veuillez fournir une photographie récente de type passeport de vous-même (prise au cours des six derniers mois). Sans photographie, la demande est considérée comme étant incomplète.</p>	Last Name / Nom		First Name / Prénom		Middle Name / Second prénom	
	Mailing Address / Adresse postale					
	City, Town, Village / Collectivité, municipalité, ville		Province/State / Province ou état		Postal/Zip Code / Code postal	
	Office or Residential Street Address if above is a PO Box / Adresse à la maison ou au bureau si vous avez seulement indiqué une case postale ci-dessus					
	Telephone: / Téléphone :			Fax: / Télécopieur :		
	E-Mail (mandatory): / Courriel (obligatoire) :					
<p><b>Note:</b> Licence and other correspondence will be sent to the mailing address unless otherwise advised. Advise Registrar immediately of any change of address. / <b>Remarque:</b> Les permis et autres correspondances seront envoyés à l'adresse postale, sauf indication contraire. Veuillez prévenir immédiatement le registraire en cas de changement d'adresse.</p>						
Date of Birth: (dd/mm/yy) / Date de naissance : (jj-mm-aa) : _____			Language Fluency: / Langue(s) parlée(s) :			
Canadian Citizen: / Citoyen canadien :			<input type="checkbox"/> English / Anglais <input type="checkbox"/> French / Français			
<input type="checkbox"/> <b>Yes</b> (attach copy of birth certificate or proof of citizenship)			<input type="checkbox"/> Other (specify): / Autre (veuillez préciser) :			
<b>Oui</b> (joignez une copie de votre certificat de naissance ou une preuve de citoyenneté)						
<input type="checkbox"/> <b>No</b> (attach copy of work auth. or immigration document)						
<b>Non</b> (joignez une copie du permis de travail ou du document d'immigration)						
Location and Dates of Intended Practice in the Northwest Territories: / Lieu et dates d'exercice prévus aux TNO :						
Physician/Medical Clinic(s) / Cabinet médical ou clinique : _____						
Location / Adresse : _____						
Contact Name/Telephone #: / Nom et n° de tél. de la personne-ressource : _____						
Type of Licence/Permit Requested*: / Type de licence ou permis demandé* : _____						
Anticipated Dates of Practice: / Dates prévues d'exercice : _____						
(*See List of Requirements for Licence or Permit Types / *voir liste des exigences à respecter selon les types de permis)						
Medical Degree (attach certified copy of medical degree, translated if not in English) / Diplôme en médecine (veuillez joindre une copie certifiée conforme du diplôme, traduite s'il n'est pas en anglais)						
_____/_____/_____		_____				
(Grad Month, Year) / (Date d'obtention du diplôme)		Name of Medical School - Province/State/Country / Nom de l'école - Province, état ou pays				
Family Practice or Specialty Training (attach copies of certification) / Formation en médecine familiale ou dans une spécialité (joindre les photocopies des certificats)						
_____/_____/_____		TO / DU		_____/_____/_____		
(DD MM YY) / (JJ MM AA)				(DD MM YY) / (JJ MM AA)		
				Location (Province, State or Country) / Lieu (Province, état ou pays) (Specialty / Spécialité)		
_____/_____/_____		TO / DU		_____/_____/_____		
(DD MM YY) / (JJ MM AA)				(DD MM YY) / (JJ MM AA)		
				Location (Province, State or Country) / Lieu (Province, état ou pays) (Specialty / Spécialité)		
Licensure: List jurisdiction and dates of all current and previous licensure: / Permis – Dressez la liste des dates et des lieux où vous avez ou avez eu un permis d'exercer :						
_____						
Indicate which of the following you have (provide copies of all certificates): / Indiquez le(s) permis que vous possédez (joindre une copie du ou des certificats) :						
<input type="checkbox"/> LMCC / LCMC <input type="checkbox"/> CFPC / CMFC <input type="checkbox"/> RCPSC / CRMCC <input type="checkbox"/> CMQ <input type="checkbox"/> Other / Autre _____						
<b>References:</b> Provide the names and address of three (3) character references, at least two (2) must be physicians with whom you have worked in the past three (3) years. Supply these referees with a copy of the NWT Medical Reference Form. / <b>Références:</b> Veuillez fournir le nom et l'adresse de trois références morales, dont au moins deux doivent être des médecins avec qui vous avez travaillé au cours des trois dernières années, et soumettez le formulaire de recommandation.						
1) _____		2) _____		3) _____		
_____		_____		_____		
_____		_____		_____		

<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 or are you currently being treated for any illness or disability that could affect your practice of medicine? / Avez-vous déjà été traité pour une maladie ou une incapacité qui pourrait affecter vos capacités à exercer la médecine?		
2. Have you ever been refused a medical licence? / Vous êtes-vous déjà vu refuser l'octroi d'un permis?		
3. Has your medical licence, registration or right to practice in any jurisdiction been 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 médecin?		
4. Have you ever been or are you currently being 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.?		
5. Have you ever had your hospital privileges revoked, suspended or restricted? / Vos droits hospitaliers ont-ils déjà été révoqués, suspendus ou limités?		
6. Have you ever had an internship, residency, hospital or other institutional appointment prematurely terminated or interrupted? / Est-ce qu'une de vos affectations (internat, résidence, hôpital ou autre) s'est interrompue ou terminée de façon prématurée?		
7. Have you ever been charged or convicted of a criminal or similar offence? / Avez-vous fait l'objet d'une plainte ou d'une condamnation pour une infraction pénale ou similaire?		
8. Have you ever been placed on a list restricting purchase or prescribing narcotic drugs? / Avez-vous déjà été mis sur une liste restreignant votre capacité à acheter ou prescrire des narcotiques?		
9. Are you presently the subject of an allegation, complaint or investigation by any medical 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 à titre de médecin?		
10. 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?		
11. Have you ever had the right to bill, restricted or removed by a health care paying agency? / Votre droit de facturation a-t-il déjà été retiré ou limité par un organisme de paiement de soins de santé?		
12. Have you previously applied for, or have 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) _____		

**DO YOU INTEND TO PRACTICE IN NUNAVUT AS WELL? / AVEZ-VOUS L'INTENTION D'EXERCER AUSSI AU NUNAVUT?**  Yes/Oui  No/Non

If yes, please sign the 'Consent to Release Application Documents to Nunavut Form' found on our website and include in your application. / Dans l'affirmative, veuillez signer le formulaire de consentement à la communication de renseignements relatifs à l'inscription à l'organisme réglementaire du Nunavut, que vous trouverez sur notre site Web, et le joindre à votre demande.

**NOTE: NWT PHYSICIANS ARE NOT REQUIRED TO HAVE NUNAVUT LICENSURE FOR TELE-MEDICINE. / REMARQUE : LES MÉDECINS TÉNOIS N'ONT PAS BESOIN D'UN PERMIS D'EXERCICE DE LA MÉDECINE AU NUNAVUT POUR Y PRATIQUER LA TÉLÉMÉDECINE.**

Only complete the Consent to Release information to Nunavut if planning on travelling to Nunavut to practice. / Il ne faut remplir un formulaire de consentement à la divulgation de renseignements au Nunavut que si vous prévoyez vous rendre au Nunavut en personne.

**Declaration / Déclaration**

**I authorize** the Medical 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 of information may result in rejection of my application or withdrawal of registration and may result in such information being shared with other Licensing Authorities. / **J'autorise** le comité d'inscription des médecins à faire enquête et à obtenir, auprès d'une ou de plusieurs personnes, les renseignements pouvant être nécessaires à 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, et qu'une telle information pourrait être communiquée à d'autres organismes.

Signature: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

Forward completed application, with required attachments, to: /  
Après avoir dûment rempli le formulaire, veuillez l'envoyer avec les documents demandés au :

**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

**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

If paying 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 licence type and fee amounts): / (voir la liste des exigences pour les types de permis et les montants afférents) :

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 :

\_\_\_\_\_

Authorized Signature: / Signature autorisée :

\_\_\_\_\_

This personal information is being collected under the authority of the *Medical Profession Act* of the NWT and will be used to process Application to Practice Medicine. The privacy provisions of the *Access to Information and Protection of Privacy Act* of the NWT protect information collected. 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 *Loi sur les médecins* des TNO et serviront au traitement de votre demande de permis d'exercer à titre de médecin. 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 à l'adresse ci-dessus.



**REFERENCE FORM FOR PHYSICIANS APPLYING FOR MEDICAL LICENSURE IN THE NWT  
FORMULAIRE DE RECOMMANDATION POUR LES MÉDECINS PRÉSENTANT UNE DEMANDE DE PERMIS D'EXERCER 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° DE TÉLÉPHONE OU DE TÉLÉCOPIEUR :
I authorize the referee to disclose to the Medical Registration Committee of the Northwest Territories, information relevant to licensure which 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 des médecins 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 le répondant soit privilégiée.	
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 quand 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 physicians? / Avez-vous connaissance de plaintes portées contre le demandeur par des patients ou d'autres médecins?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Do you know of any ethical problems the applicant has which relate to medical 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 physicians? / 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 médecins?                           | <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 considérez que le demandeur ne possède pas les connaissances, les compétences et le discernement adéquats pour offrir des services de médecine familiale ou spécialisée? | <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° 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



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

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

Date: \_\_\_\_\_

To: Physicians who are looking to practice in Nunavut WHO ARE ALREADY LICENSED IN THE N.W.T. /  
 À l'intention des médecins souhaitant exercer au Nunavut QUI DÉTIENNENT DÉJÀ UN PERMIS D'EXERCER AUX TNO

**Complete this form and forward to the Registrar, Professional Licensing, Government of the Northwest Territories, fax (867) 873-0484. /  
 Veuillez remplir ce formulaire et le renvoyer au registraire de la réglementation professionnelle du gouvernement des Territoires du Nord-Ouest (Télec. : 867-873-0484)**

**AUTHORIZATION TO TRANSFER N.W.T. LICENSING APPLICATION INFORMATION /  
 AUTORISATION DE COMMUNIQUER LES RENSEIGNEMENTS RELATIFS À LA DEMANDE DE  
 PERMIS DÉPOSÉE AUX TNO**

I, \_\_\_\_\_ (print full first and last name) hereby give consent to the Office of the Registrar, Professional Licensing, Government of the Northwest Territories to release NWT Licensing Application information to the Registrar, Professional Licensing, Government of Nunavut. / Je soussigné(e), \_\_\_\_\_ (nom complet en caractères d'imprimerie) autorise par la présente le registraire de la réglementation professionnelle du gouvernement des Territoires du Nord-Ouest à communiquer les renseignements relatifs à la demande de permis que j'ai déposée aux TNO au registraire de la réglementation professionnelle du gouvernement du Nunavut.

This will include all documentation, including references and current Certificates of Standing, submitted in support of my application to the N.W.T. / Cette autorisation s'applique à tout document (y compris les références et certificats de compétence) fourni dans le cadre de ma demande déposée aux TNO.

I understand that the Nunavut Registrar will contact me directly if further information is required to complete the Nunavut licensing process. / Je comprends que le registraire du Nunavut communiquera directement avec moi si d'autres renseignements sont requis pour la délivrance d'un permis au Nunavut.

Date:	Signature:
Contact Phone: / Téléphone :	Email: / Courriel :

**NOTE: NWT PHYSICIANS ARE NOT REQUIRED TO HAVE NUNAVUT LICENSURE FOR TELE-MEDICINE. / REMARQUE : LES MÉDECINS TÉNOIS N'ONT PAS BESOIN D'UN PERMIS D'EXERCICE DE LA MÉDECINE AU NUNAVUT POUR Y PRATIQUER LA TÉLÉMÉDECINE.**  
 Only complete the Consent to Release information to Nunavut if planning on travelling to Nunavut to practice. / Il ne faut remplir un formulaire de consentement à la divulgation de renseignements au Nunavut que si vous prévoyez vous rendre au Nunavut en personne.