



Registrar, Chief of Profession Regulation
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
Email: Professional_Licensing@gov.nt.ca

REQUIREMENTS FOR REINSTATING PHYSICIAN REGISTRATION/ LICENSURE

All items, including the application and supporting documentation, may be emailed to professional_licensing@gov.nt.ca.

A comprehensive review may not take place until all supporting documentation has been received. Once all documentation has been received, please allow up to 15 business days (3 weeks) for decision and processing.

1. Completed application form
2. Copy of current/valid government issued photo ID.
3. Specified location of work (please specify name of clinic or hospital) and planned start date.
4. Certificate(s) of Standing from all jurisdictions worldwide where you are both CURRENTLY and have PREVIOUSLY (within 15 years) been registered or licensed, submitted directly to the Registrar, Chief of Professional Regulation by the applicable regulatory authorities.
5. Current resume or C.V.
6. Cheque, money order, or credit card authorization Cheque, money order, or credit card authorization, payable to the Government of the N.W.T., for the applicable registration and licensing fees (see last page of application).

Issuance of the license certificate may be delayed or refused if the Applicant does not send all the documents specified above to the Office of the Registrar /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.

Registraire, chef de la réglementation des professions
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
Courriel: Professional_Licensing@gov.nt.ca

EXIGENCES RELATIVES AU RÉTABLISSEMENT DU PERMIS D'EXERCICE OU DE L'INSCRIPTION À TITRE DE MÉDECIN

Tous les éléments, y compris la demande et les documents justificatifs, peuvent être envoyés par courriel à l'adresse professional_licensing@gov.nt.ca.

L'examen exhaustif de la demande peut ne pas avoir lieu avant que tous les documents justificatifs aient été reçus. Une fois tous les documents reçus, prévoyez jusqu'à 15 jours ouvrables (3 semaines) pour le traitement de la demande et la prise de décision.

1. Formulaire de demande dûment rempli.
2. Pièce d'identité avec photo valide émise par une entité gouvernementale.
3. 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.
4. Certificat(s) de toutes les administrations dans le monde où vous êtes ACTUELLEMENT ou avez DÉJÀ été inscrit ou titulaire d'un permis (au cours des 15 dernières années). Ces certificats doivent être soumis au registraire et responsable de la réglementation professionnelle directement par les organismes de réglementation applicables.
5. Curriculum vitae à jour.
6. Chèques, mandats de banque ou autorisations de cartes de crédit payables au Gouvernement des Territoires du Nord-Ouest pour régler les frais d'inscription et les droits de permis applicables (voir la dernière page de la demande).



APPLICATION FOR PHYSICIAN REGISTRATION/LICENSURE REINSTATEMENT / DEMANDE DE RÉTABLISSEMENT DU PERMIS D'EXERCICE OU DE L'INSCRIPTION À TITRE DE MÉDECIN

| | | | | | | |
|--|--|-----|--|-----------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| PLEASE ATTACH COPY OF GOVERNMENT ISSUED PHOTO IDENTIFICATION | 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 |
| | Business Address (if different from above) / Adresse à la maison ou au bureau si vous avez indiqué une case postale ci-dessus | | | | | |
| | Telephone: / Téléphone : | | | Fax: / Télécopieur: | | |
| | E-Mail (mandatory): / Courriel (obligatoire): Note: Primary means of communication will take place via email. / Remarque: Les permis et les avis de renouvellement seront envoyés à l'adresse postale, sauf indication contraire. | | | | | |
| Date of Birth: (dd/mm/yy) / Date de naissance: (jj-mm-aa): _____ | | | Language Fluency: / Langue(s) parlée(s): <input type="checkbox"/> English / Anglais <input type="checkbox"/> French / Français <input type="checkbox"/> Other (specify): / Autre (veuillez préciser): | | | |
| Intended practice location in the NWT/ Lieu d'exercice prévu 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*: _____ (*See List of Requirements for Licence or Permit Types / *voir liste des exigences à respecter selon les types de permis) | | | | | | |
| 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. | | | | | | |
| Indicate which of the following you have: / Indiquez le(s) permis que vous possédez: <input type="checkbox"/> LMCC / LCMC <input type="checkbox"/> CFPC / CMFC <input type="checkbox"/> RCPC / CRMCC <input type="checkbox"/> CMQ <input type="checkbox"/> Other / Autre _____ | | | | | | |
| Provide MINC number/ Fournir le numéro NIMC: | | | | | | |
| Please list ALL jurisdictions WORLDWIDE where CURRENTLY and PREVIOUSLY (within last 15 years) registered/licensed/ Énumérez TOUTES les administrations dans le monde où vous êtes ACTUELLEMENT ou avez DÉJÀ été inscrit ou titulaire d'un permis (au cours des 15 dernières années). | | | | | | |
| Province/Territory/Country / Province, territoire ou pays | | | | | | |
| 1. | | 6. | | | | |
| 2. | | 7. | | | | |
| 3. | | 8. | | | | |
| 4. | | 9. | | | | |
| 5. | | 10. | | | | |

| Personal Information (Check all boxes that apply). / Renseignements personnels (cochez la case appropriée). If the 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 had a license, registration or right to practice your profession or other health care profession revoked, suspended, or restricted in any way in any jurisdiction? Est-ce qu'une province, un territoire, un état ou un pays a déjà révoqué, suspendu ou limité de quelque façon que ce soit votre permis d'exercice ou votre inscription au titre de votre profession ou de toute autre profession du domaine de la santé? | | |
| 2. | Has there been any finding against you concerning unprofessional conduct, including professional misconduct, incompetence, incapacity, or lack of fitness to practice your profession or any other health care profession in the NWT or any other jurisdiction? Avez-vous déjà été reconnu coupable de manque de professionnalisme, de faute professionnelle, d'incompétence, d'incapacité ou d'inaptitude à exercer votre profession ou toute autre profession du domaine de la santé aux TNO ou ailleurs? | | |
| 3. | Have you ever been refused a license, permit or registration to practice your profession or any other health care profession in any jurisdiction? Vous a-t-on déjà refusé un permis d'exercice ou une inscription au titre de votre profession ou de toute autre profession du domaine de la santé dans une province, un territoire, un état ou un pays? | | |
| 4. | Have you ever been convicted of a criminal offense or an offense under the <i>Narcotic Control Act</i> (Canada), the <i>Food and Drug Act</i> (Canada), the <i>Controlled Drugs & Substances Act</i> (Canada) or any other law in any jurisdiction that may be relevant to your profession? Avez-vous été condamné dans une province, un territoire, un état ou un pays pour une infraction criminelle ou autre en vertu de la <i>Loi sur les stupéfiants</i> (Canada), de la <i>Loi sur les aliments et drogues</i> (Canada), de la <i>Loi réglementant certaines drogues et autres substances</i> (Canada) ou de toute autre loi qui pourrait être pertinente pour votre pratique? | | |
| 5. | Are you the subject of any allegation, complaint, or investigation for any reason whatsoever by your profession or other health profession's regulatory authority? Faites-vous l'objet d'une allégation, d'une plainte ou d'une enquête pour quelque raison que ce soit de la part d'un organisme autorisé à délivrer des permis d'exercice au titre de votre profession ou de toute autre profession du domaine de la santé? | | |
| 6. | Are you aware of any inquiry likely to be made by any authority, regulatory or otherwise, with respect to your conduct, personal behavior, or competence to practice your profession or other health professions? Avez-vous connaissance d'une enquête qui pourrait être menée par tout organisme de réglementation ou autre concernant votre conduite ou vos compétences dans le cadre de votre profession ou de toute autre profession du domaine de la santé? | | |
| 7. | Are you affected by or being treated for a physical, mental, or medical condition/illness, including an addiction, that may affect your ability to practice your profession? Souffrez-vous d'une maladie ou d'un problème d'ordre physique, mental ou médical, y compris une dépendance, qui pourrait affecter votre capacité à exercer votre profession? | | |
| 8. | Has there ever been a professional liability insurance claim made against you in respect to your profession or other health profession practice, in the NWT or any other jurisdiction? Avez-vous déjà fait l'objet d'une poursuite pour faute professionnelle (assurance responsabilité) dans votre profession ou toute autre profession du domaine de la santé aux TNO ou ailleurs? | | |
| 9. | Has there ever been a settlement or judgment in any civil lawsuit, or any coroner's inquest or verdict that relates to your practice, your profession, or other health care practitioner in the NWT or any other jurisdiction? Y a-t-il déjà eu un règlement ou un jugement dans le cadre d'un procès civil, d'une enquête de coroner ou d'un verdict concernant votre pratique, votre profession ou toute autre profession du domaine de la santé aux TNO ou ailleurs? | | |
| 10. | Have you previously applied for, or have you ever been issued, a license or certificate of registration for your profession in the Northwest Territories. Avez-vous déjà demandé ou obtenu un permis ou un certificat d'inscription au titre de votre profession aux TNO? | | |

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 Registrar, Chief of Profession Regulation 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 and information provided in this application are true and complete and will be applied by the Registrar, Chief of Profession Regulation in determining applicant character. I **am aware** that misrepresentation or falsification may result in rejection of my application or withdrawal of registration.

J'autorise le registraire et responsable de la réglementation professionnelle à enquêter 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 et les renseignements fournis dans la présente demande sont véridiques et complets et qu'ils seront utilisés par le registraire et responsable de la réglementation professionnelle pour déterminer le caractère de la personne ayant effectué la demande. Je reconnais que toute fausse déclaration ou falsification peut entraîner le rejet de ma candidature ou le retrait de mon inscription.

Signature: _____

Date: _____

All items, including the application and supporting documentation may be emailed to professional_licensing@gov.nt.ca / Tous les éléments, y compris la demande et les documents justificatifs, peuvent être envoyés par courriel à l'adresse professional_licensing@gov.nt.ca.

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

Registrar, Chief of Professional Regulation Government of the Northwest Territories Department of Health and Social Services 7th Floor
5015 – 49 ST
Box 1320 Yellowknife, NT X1A 2L9

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

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:

Expiration Date: / Date d'expiration:

Security Code: / Code de sécurité:

Authorized Signature: / Signature autorisée:

Circle the Authorized Fee: / Encerclez les Frais Autorisés

- Annual Registration (\$108) and License (\$215): **\$323**
/ Annuelle Inscription (108\$) et Permis (215\$): **323\$**

or/or

- Temporary Registration (\$108) and License (3 mos) (\$54): **\$162**
/ Inscription temporaire (108\$) et Permis (3 mois) (54\$): **162\$**

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.