



**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 considéreriez 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; 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. 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