

### فرم مدیریت دانش

شماره:  
تاریخ:  
صفحه: ۱ از ۱

		نام فرآیند/پروژه/فعالیت		نام مدرک مرتبط		تاریخ			
		اعضای تیم تحلیل دانش		شماره بازنگری					
عنوان دانش مورد نیاز	نوع دانش		افراد مرتبط با دانش		ضرورت کسب دانش		اقدامات پیشنهادی برای کسب / ارتقای دانش	مسئول انجام	مهلت
	ضمنی	صریح			زیاد	کم			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
تهیه کننده			تایید کننده			دبیر کمیته مدیریت دانش			
نام:	نام:	نام:							
تاریخ:	تاریخ:	تاریخ:							
امضا:	امضا:	امضا:							
توزیع نسخ: دبیرخانه مدیریت دانش			تاریخ ابلاغ فرم	کد فرم/ویرایش	۱۴۰۰/۰۷/۲۴	FM-۱۰۹۶-۰۰۰			