



LEMBAGA PENELITIAN DAN PENGABDIAN KEPADA MASYARAKAT  
SEKOLAH TINGGI FARMASI MUHAMMADIYAH CIREBON  
SK. KEMENRISTEK DIKTI RI NO. 564/KPT/I/2017  
Jl. Cideng Indah No. 03 Telp/Fax. (0231) 230984 Cirebon 45153  
website : www.stfmuhammadiyahcirebon.ac.id

SURAT PERSETUJUAN ORANG TUA/WALI

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Kadmirah.....  
Tempat, Tanggal Lahir : Cirebon, 05 Desember 1969.....  
Alamat Asal : Jl. Raya Sungaragi II, No.23, Blok Krandon, Desa Karangrajan  
Wenru - Cirebon ..  
No Telp/ HP : 082219062912 .....

adalah Orang Tua/Wali dari mahasiswa di bawah ini :

Nama : Rognah Maulidiyah.....  
NIM : 12121116.....

Dengan ini menyatakan bahwa Saya selaku orang tua/wali menyetujui mahasiswa tersebut untuk mengikuti KKN STF Muhammadiyah Cirebon tahun 2024 dengan Skema \*(lingkari nomor skema yang dipilih) :

1. KKN

STFMC

(reguler)

2. KKN MAs (nasional)

Demikian Surat Pernyataan ini Saya buat dengan sungguh-sungguh.

Cirebon, 24 Mei 2024.....

Orang Tua/Wali

(Kadmirah)

Tulis Nama Lengkap