



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 : SYAEFUDIN
Tempat, Tanggal Lahir : Tegal, 06 April 1965
Alamat Asal : Jl. Pangeran Kejokan Gs. Terai II No. 11
Rd. 2 Kw. 00 Sumber, Cirebon
No Telpon/ HP : 085314663349

adalah Orang Tua/Wali dari mahasiswa di bawah ini :

Nama : Fiska Apriliani
NIM : 12121077

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, 05 Juni 2024

Orang Tua/Wali

Syaeudin

Tulis Nama Lengkap