



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 : Temu Mollyndani

Tempat, Tanggal Lahir : Cirebon , 18 Juni

Alamat Asal : Desn gombang blok sawahjaban rt 19 ..
rw 09 kecamatan plumbon kabupaten cirebon ..

No Telp/ HP : 081324014142

adalah Orang Tua/Wali dari mahasiswa di bawah ini :

Nama : Septya Prasasty Pamdhani

NIM : 12121038

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.

29 Mei 2024

Orang Tua/Wali

Temu mollyndani

Tulis Nama Lengkap