



**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

*note: *jadwal dapat berubah*

SURAT PERSETUJUAN ORANG TUA/WALI

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Ade

Tempat, Tanggal Lahir : Kuningan, 01 Oktober 1979

Alamat Asal : Ds. Walaharageur, RT. 01/RW. 04 Dusun [?] Kec. Luragung

Kab. Kuningan Jawa Barat

No Telp/ HP : 085794917595

adalah Orang Tua/Wali dari mahasiswa di bawah ini :

Nama : Dkhila

NIM : 12121021

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 STPMC (reguler)

2. KKN MAs (nasional)

Demikian Surat Pernyataan ini Saya buat dengan sungguh-sungguh.

Cirebon, 16 Mei 2024

Orang Tua/Wali


(Ade)

Tulis Nama Lengkap