

**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 : Jaenudin
Tempat, Tanggal Lahir : Magalengka, 02 Maret 1964
Alamat Asal : Desa Leuwilaga Rt. 01 Rw. 01 Blok. Jumat
Kec. Sindangwangi Kab. Magalengka
No Telpon/ HP : 089 660 421 661

adalah Orang Tua/Wali dari mahasiswa di bawah ini :

Nama : Irla Dini Anyani
NIM : 12120067

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.

Magalengka, 16 Mei 2023

Orang Tua/Wali



Jaenudin

Tulis Nama Lengkap