



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 : .... Modi. Ramon .....

Tempat, Tanggal Lahir : .... Indramayu, 11 Juli 1979 .....

Alamat Asal : .... Perum Karawang Jaya Blok L4 H0-5 .....

..... Klaten - Karawang .....

No Telpn/ HP : .... 089931338542 .....

adalah Orang Tua/Wali dari mahasiswa di bawah ini :

Nama : .... Alvia Nuraid .....

NIM : .... 12121052 .....

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 Juli 2024 .....

Orang Tua/Wali

..... Modi. Ramon .....

Tulis Nama Lengkap