



**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 : DIDI RUSPANDI
Tempat, Tanggal Lahir : CIREBON , 4 NOVEMBER 1970
Alamat Asal : BLOK PUHUN . RT/RW 003/005 ,
Desa Karangsembung , Kec. Karangsembung
No Telpon/ HP : 085348156151

adalah Orang Tua/Wali dari mahasiswa di bawah ini :

Nama : SITI AULIA FAJRIAH
NIM : 12121060

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 31 Mei 2024

Orang Tua/Wali

DIDI RUSPANDI

Tulis Nama Lengkap