



**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 : Adi Rohadi
Tempat, Tanggal Lahir : Cirebon. 7 Januari 1979
Alamat Asal : Jl. Suratho 5g. Sinar Harapan No. 16
No Telpon/ HP : 085295559199

adalah Orang Tua/Wali dari mahasiswa di bawah ini :

Nama : Ipa Nabila
NIM : 12121068

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 19 Mei 2024

Orang Tua/Wali

Adi Rohadi

Tulis Nama Lengkap